

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SUR UN CAS SPÉCIAL DE PAPILOMES MULTIPLES DU
CONDUIT AUDITIF ET SUR UNE NOUVELLE MALADIE
DU CONDUIT.

Par le P^r CITELLI, (1),

Directeur de la Clinique Oto-Laryngologique
de la R. Université de Catane.

En octobre 1911 (2) j'ai communiqué très en résumé cette observation clinique, qui, par le nombre très considérable de papillomes (environ 25) implantés sur tout le conduit auditif (et quelques-uns même dans la caisse) paraissait être encore unique dans la littérature.

Je crois utile de faire connaître maintenant en détail ce cas qui se prête à des considérations spéciales.

Il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans, qui depuis longtemps (peut-être même depuis l'enfance) avait noté un écoulement séropurulent, peu abondant, de l'oreille gauche, qui ne l'avait jamais préoccupé, car il n'avait jamais eu de douleurs ou autres troubles. Individu robuste et jouissant d'une bonne santé, il ne présentait dans son passé (excepté deux faits assez intéressants que nous citerons plus tard) ni prédisposition à maladies d'oreille, et à rhumes de cerveau, ni syphilis, ni tuberculose, ni rien de digne de mention.

Le malade se décida à venir me consulter, à cause de ce fait que

(1) Traduction par Arnaldo Malan.

(2) CITELLI. Un caso forse unico di papillomi multipli del condotto uditivo in un individuo che aveva sofferto di papillomi in altre parti del corpo. Atti del XIV Congresso Italiano di Oto-Rhino-Laringologia, II^e Vol., page 186.

depuis plusieurs mois il était obligé d'essuyer continuellement le liquide séro-purulent, qui sortait avec abondance de son méat auditif externe gauche.

A l'endoscopie je constatai au méat auditif et dans tout le conduit un liquide séro-purulent (ressemblant beaucoup à l'eau de riz), d'odeur un peu nauséabonde, mais tout à fait différente de l'odeur de putréfaction caractéristique de l'otite *moyenne* purulente chronique avec ostéite de l'aditus et de l'antre. Le fait important était que le conduit, à partir du méat externe, était occupé par des masses papillomateuses végétantes, de couleur rosée, dont le plus grand nombre étaient pédonculées, et qui saignaient facilement au moindre attouchement, les masses étaient telles qu'elles empêchaient l'examen de la partie profonde des conduits et de la caisse.

Je fus assez étonné de cette abondance exceptionnelle de masses papillomateuses, et je posai le diagnostic de papillomes multiples du conduit. J'en fis l'ablation en diverses séances : à mesure, cependant, que j'enlevais les papillomes du segment externe du conduit, j'observai que sur toutes les parois des conduits osseux étaient aussi implantés d'autres papillomes identiques aux premiers. Lorsque le conduit fut absolument libéré de ces tumeurs, je pus enfin constater que le tympan était presque complètement détruit et que même il existait 2 ou 3 papillomes implantés dans la caisse. Le reste de la muqueuse de la caisse était hypertrophique, mais on ne pouvait y observer aucun symptôme d'ostéite diffuse.

Je fis peu à peu l'ablation de tous les papillomes, y compris ceux de la caisse, et je n'eus de récidives qu'en quelques points du conduit, récidives que j'enlevai, obtenant de la sorte la guérison complète du conduit. Il persista pendant environ six mois un peu d'écoulement de la caisse, qui produisit deux fois la formation d'un nouveau papillome. Après cette époque l'écoulement tarit complètement. L'audition resta cependant très diminuée (voix aphone : 2 mètres).

Il me faut mentionner ce fait d'une importance spéciale dans le cas présent que mon malade plusieurs années auparavant (vers 15-16 ans) avait présenté des condylomes acuminés multiples du sillon balano-préputial et à l'âge de 23 ans avait eu un papillome au col de la vessie.

Les papillomes, dont je fis l'ablation, furent environ 25, de dimensions variant de celles d'un petit pois à celles d'une petite noisette. Leur surface était tantôt mûriforme, granu-

leuse, tantôt présentait des papilles allongées. Leur couleur, je le répète, allait du rose clair au rouge foncé.

L'aspect microscopique de ces papillomes ressemblait beaucoup à celui des condylomes acuminés (ainsi que le confirma un distingué vénérérologiste à qui je montrai ces tumeurs) et est identique à celui des 6 cas d'excroissances papillomateuses du conduit, publiés récemment par Benjamins, de Java, et qui sont reproduites dans la figure IV de son travail (1).

Or, comme l'écoulement du conduit, selon ce que me disait le patient, datait de l'enfance, il était logique d'admettre (ainsi que je le fis remarquer dans ma communication) que la suppuration tympanale était primitive, et que cet écoulement irritant les parois du conduit d'un individu prédisposé à la formation de papillomes (condylomes acuminés de la verge et un papillome de la vessie) occasionna la naissance de très nombreux papillomes dans tout le conduit.

Le travail de Benjamins, postérieur d'environ un an à ma communication, m'incite à étudier et considérer sous un autre point de vue mon cas, si semblable à ceux de Benjamins et pourtant si différent (comme je le fis remarquer dès l'abord) des autres observations connues de papillomes du conduit, où il s'agissait presque toujours de papillomes isolés.

* * *

Avant tout je résumerai le travail et les idées exprimées par Benjamins. Cet auteur, qui exerce dans l'île de Java, a eu l'occasion d'observer sur 6 Chinois des papillomes multiples du conduit, qui, je le répète, étaient très semblables à ceux de mon cas personnel. Cette maladie, qui, selon Benjamins, n'existerait pas chez les Européens, et qui n'aurait pas encore été décrite jusqu'à présent (il est de toute évidence que l'auteur n'avait pu avoir connaissance de mon cas), Benjamins l'attribue, ainsi que nous le verrons, à des habitudes spéciales aux Chinois.

Benjamins, dans ses six cas qui diffèrent fort peu les uns

(1) C. E. BENJAMINS. Ueber spitze Kondyloime im äusseren Gehörgang. *Zeitschrift für Ohrenh.*, Vol. 66, p. 425.

des autres, observa que presque toujours (dans 3 cas) les deux conduits auditifs étaient occupés par des excroissances papillomateuses, de couleur rose pâle, qui saignaient au moindre attouchement, et dont la surface d'implantation était assez étroite. Les néoformations remplissaient les conduits auditifs d'une façon presque ininterrompue du méat jusqu'au tympan, qui en quelques cas était envahi, perforé et même en grande partie détruit par les excroissances papillomateuses. Il existait constamment, outre les néoformations, un liquide puriforme de mauvais odeur (c'est pourquoi l'A. donne à cette maladie le nom du « *ubelriechenden Krankheit* »), une diminution de l'audition assez marquée : ce dernier symptôme était celui dont les malades se plaignaient surtout.

Cette maladie débute, comme le fait remarquer Benjamins, d'une façon insidieuse et ne se fait connaître qu'au moment où se manifestent des troubles de l'ouïe, un écoulement abondant d'une odeur fétide. Elle envahit les conduits, bilatéralement et dans toute leur étendue ; peut provoquer en certains points la perforation de la paroi membraneuse du conduit : dans 50 p. 100 des cas de Benjamins, il existait perforation du tympan. Dans deux des trois cas de cet auteur, où il y avait perforation du tympan, certainement celle-ci était secondaire à l'apparition des néoformations du conduit. Il est donc possible que les excroissances du conduit envahissent et perforent le tympan, mais on ne peut affirmer, ainsi que le dit l'auteur, que ces excroissances puissent envahir aussi la caisse.

Le pronostic de cette maladie est bénin, excepté dans le cas où elle se complique d'une suppuration tympanale, qui peut donner lieu à toutes les conséquences connues. Le traitement, comme nous l'avons vu, est très simple, et consiste dans l'ablation des excroissances papillaires (il vaut mieux user de la pince à curettes.)

Benjamins, après avoir ainsi décrit cette maladie, a cherché à individualiser et à expliquer plus complètement son essence même : il faut noter que les différentes néoformations connues du conduit auditif (granulomes, fibromes, papillomes, etc...)

ne peuvent être confondues avec les excroissances papillomateuses, telles qu'on les trouve en cette maladie. Les papillomes qui par leur aspect se rapprochent le plus de ces excroissances, s'en différencieraient surtout par le fait que jusqu'à présent (ainsi que je l'avais déjà fait remarquer) ils ne furent jamais trouvés en aussi grand nombre. D'autre part l'auteur ayant étudié histologiquement les excroissances dont il avait fait l'ablation, trouva qu'elles étaient constituées par les papilles conjonctives longues et étroites, souvent ramifiées, revêtues d'une épithélium plat pluristratifié et cornéifié. Les papilles connectivales étaient formées de connectif délicat, œdématisé, d'une infiltration parvicellulaire et de vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés. Le revêtement épithélial présentait des couches nombreuses, et l'hyperplasie frappait surtout le corps muqueux de Malpighi dont les espaces intercellulaires étaient délicats: les couches superficielles présentaient de l'œdème cellulaire et à la surface une transformation cornée peu marquée. Dans le protoplasma d'un grand nombre de cellules il existait des sphérules hyalines plus ou moins volumineuses.

En résumé, au point de vue histologique, on constate des détails de structure que l'on observe fréquemment dans les condylomes acuminés, et qui, selon certains auteurs, seraient presque caractéristiques de ces néoformations. De même, au point de vue macroscopique, les excroissances des conduits ressemblaient beaucoup aux condylomes.

L'auteur, après avoir ainsi fait noter cette analogie macro et microscopique considère ces excroissances comme de simples condylomes acuminés du conduit.

Il remarque en outre que les condylomes acuminés sont rarement extra-génitaux, qu'il n'a été décrit jusqu'à présent qu'un cas de condylome acuminé de l'oreille (pavillon), et qu'enfin leur présence dans le conduit en grand nombre est en faveur de l'hypothèse d'une contagion. Il se demande ensuite comment ces condylomes ont pu se développer dans les oreilles de ces Chinois, sans qu'il ait préexisté, comme d'ailleurs aux organes génitaux, aucun écoulement qui du moins aurait secondé leur développement. Comme d'autre part de

telles excroissances dans le conduit ne furent jamais décrites dans le cours des milliers de suppurations tympanales observées (je le répète, l'auteur ignorait mon cas, en tout semblable aux siens), il admet à bon droit que l'infection était venue de l'extérieur et était due à certaines habitudes spéciales aux Chinois.

Lors de la coupe hebdomadaire des cheveux, on procède aussi au nettoyage des oreilles, en premier lieu au moyen d'une spatule, puis avec un élégant rasoir et enfin avec un petit pinceau souple, formé d'un flocon. Ces trois instruments sont introduits successivement dans le conduit auditif, éclairé directement au moyen de la lumière solaire en attirant en arrière et en haut le pavillon : ils sont en général peu propres, et, étant engagés dans le conduit à l'aveuglette, peuvent provoquer des lésions du tympan et des suppurations consécutives de la caisse ainsi que des altérations du conduit. Or, comme il est probable que le rasoir en question est le même qui a servi précédemment à faire l'ablation des condylomes acuminés génitaux, très fréquents dans ces climats chauds, la contamination du conduit peut se produire aisément et ainsi donner lieu à la formation des condylomes acuminés de cet organe.

* * *

Après avoir résumé les cas de Benjamins et exposé ses opinion, revenons à mon observation.

Mon cas, soit par sa symptomatologie clinique, soit par la conformation macroscopique des tumeurs, est absolument identique aux cas de l'auteur précité. Ceci prouve que cette maladie, quoique beaucoup moins fréquente que chez les Chinois, peut exister chez les Européens (ce qui est contraire à ce que pense Benjamins), bien que ceux-ci n'aient point les coutumes chinoises que nous avons tantôt exposées.

En communiquant mon cas, j'ai fait remarquer qu'il était alors unique dans la littérature, car si on avait publié déjà un assez grand nombre d'observations de papillomes du conduit auditif, les tumeurs étaient toujours ou uniques ou seule-

ment doubles. Personne n'avait observé un nombre considérable de papillomes tels qu'ils avaient envahi non seulement tout le conduit mais aussi la caisse. A mon avis, c'était là le caractère principal différentiel — ainsi que le fait noter aussi Benjamins — entre nos cas et ceux déjà connus de papillomes ordinaires du conduit.

Pour quelle raison a pu se former un aussi grand nombre de papillomes ? Je ne m'expliquais ce fait autrefois que par la prédisposition de l'individu au développement de papillomes, prédisposition qui, dans le conduit, fut réveillée par le passage de l'écoulement de la caisse. Il est plus logique aujourd'hui d'expliquer la genèse de mon cas d'une façon un peu différente, maintenant que nous connaissons les observations de Benjamins.

L'écoulement de l'oreille, à ce que nous narre notre malade, était antérieur de plusieurs années à l'apparition des condylomes acuminés de la verge et du papillome de la vessie, mais la date d'apparition des papillomes de l'oreille n'a pu être précisée. Or, étant donnée la complète analogie au point de vue clinique entre mon cas et ceux de Benjamins, étant donnée la parfaite similitude existant entre les papillomes observés par Benjamins et par moi et les condylomes acuminés, étant donnée la différence très sensible entre nos cas et ceux publiés précédemment (papillomes communs du conduit), étant donné enfin ce que fait remarquer Benjamins sur les habitudes des Chinois, il est plus logique d'admettre que dans mon cas des papillomes du conduit se sont formés après les condylomes de la verge (par contact ou contagion). Il est très possible en effet que notre malade ait touché son oreille qui suppurait avec ses doigts qui auparavant avaient touché les condylomes de la verge ; il s'est produit de la sorte une transplantation des condylomes dans le conduit, qui présentait des prédispositions à leur développement, soit à cause de la constante présence de pus dans l'oreille, soit en raison du fait que chez cet individu les néoformations papillomateuses s'étaient manifestées fréquemment en d'autres points de l'organisme. Mon cas ressemble fort au cinquième cas de Benjamins, où il préexistait une suppuration tympanale chro-

nique, et où l'on ne peut imputer les coutumes des Chinois, car il s'agissait d'un enfant de deux ans, âge auquel on ne procède pas à la coupe hebdomadaire des cheveux et au nettoyage du conduit.

Mon observation prouve ceci (que Benjamins croit possible, mais non certain, parce qu'il ne put l'observer dans ses cas : que dans cette maladie, que nous fûmes les premiers, Benjamins et moi, à décrire, les excroissances papillomateuses peuvent aussi envahir la caisse, surtout lorsque, comme dans mon cas, il existe antérieurement une suppuration chronique avec une large destruction du tympan.

* *

Sous un autre point de vue, mon cas, à cause de sa structure et surtout du revêtement épithélial des excroissances papillomateuses, fait naître des considérations intéressantes, soit sur la nature des condylomes acuminés, soit sur l'importance que l'on voudrait attribuer à l'épithélium de revêtement des excroissances bénignes de l'oreille pour établir leur lieu d'implantation.

Structure histologique. — *Partie conjonctive.* — Les papillomes, dont je fis l'ablation, étaient habituellement formés d'une partie fibro-angiomateuse de laquelle se détachaient des éminences papillaires plus ou moins nombreuses, de dimensions et formes variées.

La partie centrale des excroissances était formée par du connectif fibreux, riche en vaisseaux dilatés pour la plupart, vaisseaux sanguins dont les parois étaient celles des capillaires ou des veines.

Il n'existait de l'infiltration parvicellulaire, parfois assez marquée, que dans la zone périphérique, c'est-à-dire au voisinage des éminences papillaires.

Les papilles digitiformes, coniformes, parfois en forme de massues, filiformes (simples ou ramifiées), étaient constituées (dans leur partie connective) d'un connectif délicat, aréolaire, riche de capillaires souvent dilatés, et par une infiltration parvicellulaire abondante. On y remarquait, surtout vers la périphérie, des fibrilles

élastiques, qui étaient d'autant plus fréquentes que l'infiltration parvicellulaire était abondante. Au milieu des éléments constituant l'infiltration parvicellulaire, il existe des plasmazellen plus ou moins nombreuses, et par-ci par-là des globes hyalins, la plupart volumineux, isolés, rarement en groupe de deux. Ces corps hyalins sont dus à une dégénération protoplasmatique non seulement des plasmazellen, mais aussi des autres éléments de l'infiltration, fait que j'avais déjà observé et décrit dans l'hypertrophie du cornet inférieur (1). L'opinion, que j'avais alors exprimée sur la genèse des corps hyalins, à savoir qu'ils étaient dus à une dégénération probablement hyaline du protoplasma de toutes les cellules d'infiltration et non d'un seul type d'éléments, est confirmée de la sorte. De nombreux autres auteurs ont adopté ma façon de voir : aussi, s'il est vrai, comme l'a observé Alagna (2), que ces corps sont dus souvent à la dégénération protoplasmatique des plasmazellen, il n'est pas exact de dire qu'ils ne peuvent se former que de ces cellules-là.

Revêtement épithélial. — Le revêtement épithélial, dans mon cas, n'était pas privé d'épithélium plat stratifié (ainsi qu'on l'observe dans les condylomes examinés et souvent dans les tumeurs bénignes du conduit auditif), mais toujours d'un épithélium cylindrique vibratile stratifié. Les couches étaient peu nombreuses et variant de 2 à 5 et davantage : la couche superficielle présentait de hautes cellules cylindriques typiques avec de très évidents cils vibratiles, était en général bien conservée, surtout dans les introversions interpapillaires, où en quelques points j'ai constaté l'existence de quelques glandes pluricellulaires intra-épithéliales. En certains points et sur une certaine étendue l'épithélium avait disparu en partie ou complètement.

L'existence dans ces papillomes d'un revêtement épithélial constitué de cellules cylindriques vibratiles, au lieu de cellules aplaties, confirme l'opinion que j'ai exprimée autrefois (3), à savoir que l'épithélium de revêtement des néoformations auriculaires bénignes (à l'opposé de ce que pensent maints

(1) CITELLI. Sulla presenza di corpi ialini nel turbinato inferiore e sul loro significato. *Archivio italiano di Otolgia*, etc. Vol. 12, p. 312, 1902.

(2) ALAGNA. Istologia patologica dell'empima del seno mascellare. *Archivio ital. di Otolgia*, etc. Vol. 18, p. 311, 1907.

(3) Citelli. Sul significato patologico e clinico dei polipi auricolari. « Tumori », dimo 11, 1912.

auteurs) ne correspond pas, et ceci assez fréquemment, au type épithélial de revêtement de l'organe où elles ont pris naissance.

Le fait a une très grande importance surtout par rapport à la signification pathologique si discutée des condylomes acuminés, argument que je ne puis ici qu'ébaucher.

En effet, nombre d'auteurs, qui s'occupèrent de cette question, dirent que les condylomes acuminés ne sont rien autre que des papillomes. Il en est d'autres, au contraire, qui pensent que les condylomes acuminés sont des néoformations spéciales, qui ne doivent point être confondues avec les papillomes ordinaires.

Au point de vue histologique, les condylomes seraient caractérisés essentiellement par leur épithélium de revêtement, qui d'habitude est aplati, à couches nombreuses, et par l'hyperplasie surtout du corps muqueux de Malpighi, où, à côté de faits évidents de prolifération, il existe des phénomènes nombreux et variés de dégénération. Il y aurait en outre de l'œdème intercellulaire et cellulaire surtout de la couche cornée.

Au point de vue étiologique le condylome est réputé contagieux par certains auteurs; en vérité on en a réussi quelques inoculations (Velpeau, Aubert, Kranz, Cathcart, Tiocco), et l'on attribue la contagion à différents microorganismes, qui seraient la cause spécifique des condylomes. Les partisans de la spécificité des condylomes fondent en partie leur théorie sur cette hypothèse.

Ces néoformations n'ont pas la spécificité qu'on leur attribue, car leur origine parasitaire n'est pas admise par la grande majorité des auteurs; qui se basent sur de nombreuses recherches expérimentales. L'épithélium de revêtement n'a d'ailleurs rien de caractéristique dans les condylomes; l'épithélium de certains papillomes (par exemple: du larynx) est absolument semblable ou presque à celui des condylomes; les quelques différences sans importance qui peuvent exister sont dues en partie au point d'implantation. Pour terminer nous ajouterons que les altérations du derme, dans les condylomes, sont identiques à celles que l'on trouve dans presque tous les papillomes ordinaires.

Mon cas, dans lequel les papillomes, macroscopiquement, cliniquement, par la structure du derme et l'aspect des papilles, sont parfaitement semblables aux condylomes, et dans lequel le seul fait de l'existence d'un épithélium cylindrique vibratile ne peut faire oublier les autres éléments de ressemblance, prouve que les caractères de l'épithélium des condylomes, caractères sur lesquels tant d'auteurs insistèrent, ne leur sont ni essentiels ni spécifiques.

Les condylomes ne seraient donc que les papillomes multiples, dont la contagion pourrait s'expliquer en admettant une transplantation anatomique (cellulaire) de fragments en une région déjà en proie à un déséquilibre oncogène par causes générales et parfois aussi locales.

Dans notre cas, il devait exister, en effet, une tendance générale à la formation des papillomes en différents points du corps, tendance qui fut influencée par l'action irritative locale de l'écoulement qui provenait de la caisse.

* * *

De ce que nous venons d'exposer nous pourrions conclure que :

I. Étant données les observations cliniques de Benjamins et la mienne, il faut tenir compte d'une nouvelle maladie du conduit auditif, caractérisée par la présence de très nombreux papillomes (implantés sur tout ou presque tout le conduit), par un écoulement puriforme de mauvaise odeur « sui generis » (due à la macération de l'épithélium desquamé et à la fermentation du liquide stagnant entre les excroissances) et souvent par une diminution de l'ouïe d'intensité variable.

II. Cette nouvelle maladie, contrairement à ce que pense Benjamins, peut être observée aussi en Europe et est due à une espèce de condylomes acuminés du conduit, qui se forment surtout par contagion (probablement anatomique) de condylomes siégeant en d'autres parties du corps. Nous l'appellerons, plutôt que « maladie nauséabonde », ainsi que le propose Benjamins, « condylomes acuminés au papillomes multiples du conduit auditif externe ». Cette maladie, qui ne doit pas être aussi rare que le prouverait la littérature moderne, a un

pronostic presque toujours bénin, et son traitement, chirurgical, est relativement aisé.

III. Les condylomes du conduit, ou naissent dans cet organe et se propagent toujours plus profondément, envahissant la caisse jusqu'alors normale, ou bien (ainsi que cela a dû se produire dans mon cas et dans quelques-uns de Benjamins) se forment dans un conduit continuellement irrité par l'écoulement d'une otite moyenne chronique préexistante.

IV. La structure des papillomes, dans mon cas, et surtout l'épithélium de revêtement (qui était cylindrique, vibratile, stratifié) nous prouvent d'une part que les condylomes essentiellement ne sont que des papillomes multiples sans rien de spécifique, d'autre part que le type de l'épithélium de revêtement des tumeurs bénignes de l'oreille ne peut indiquer le point d'implantation des dites tumeurs.

V. Les sphères hyalines, qui sont le résultat d'une dégénération hyaline surtout du protoplasma cellulaire, peuvent dériver non seulement des plasmazellen, mais aussi des autres cellules d'immigration.

POST-SCRIPTUM.

J'avais terminé ce travail, lorsque parut dans le 68^{me} volume des *Zeitschrift für Ohrenheilkunde* (fasc. 2-3,) en juin de cette année, un autre cas publié par Bleyl de papillomes multiples du conduit auditif chez une femme allemande. Bien que, dans ce cas, les papillomes n'étaient situés bilatéralement qu'au méat auditif et à la partie externe du conduit, cette observation paraît être essentiellement du même type que celui de la mienne et de celles de Benjamins, c'est-à-dire très différente des papillomes ordinaires isolés du conduit.

Bleyl, par son observation personnelle (dans laquelle, comme dans la mienne, il existait une prédisposition aux papillomes des autres parties du corps), confirme ma façon de penser, à savoir que cette maladie peut se manifester non seulement en Asie mais aussi en Europe. Il ne se croit pourtant pas autorisé à appeler ces excroissances condylomes acuminés parce que surtout leur siège était extra-génital, et que les condylomes seraient dus seulement à l'irritation provoquée par un écoulement gonnorrhéique, qui évidemment n'existait pas dans le conduit.

Je me permets de faire observer, à ce propos, d'abord que les condylomes acuminés sont provoqués par un facteur irritatif non seulement de nature gonnorrhéique, mais qui peut aussi être dû à des supurations banales. En outre ils ne se développent pas uniquement aux organes génitaux. En dernier lieu il n'est point nécessaire d'insister sur une telle distinction, car, ainsi que je l'ai dit, les condylomes acuminés ne sont, paraît-il, rien autre que de communs papillomes multiples.

QUELLE EST LA MEILLEURE MÉTHODE D'EXTIRPATION DU LARYNX ? (1)

Par **Ricardo BOTEY.**

La laryngectomie totale a été considérée par les laryngologistes et les chirurgiens comme une opération grave. Nous ne sommes plus, heureusement, au temps de Paul Koch pour dire que l'habileté de l'opérateur, dans ces cas, consiste principalement en ce que le malade ne succombe pas sur la table d'opération.

Aujourd'hui les dangers de l'extirpation du larynx ont diminué. La syncope respiratoire est presque supprimée avec l'anesthésie locale ; l'hémorragie n'est plus à craindre en faisant une double ligature à l'aiguille de tous les vaisseaux sectionnés ; l'extirpation des ganglions est plus facile avec les doubles lambeaux ; la broncho-pneumonie *ab ingesta* a disparu avec la suture du pharynx, qui est ainsi séparé du conduit aérien.

Nous ne ferons que mentionner les anciennes méthodes dans lesquelles on extirpait le larynx sans suturer la plaie ; celle-ci se fermait lentement par granulation ou par autoplastie tardive, en laissant quantité de victimes par infection des voies respiratoires, car les sécrétions buccales et le pus de la plaie, constamment septiques, communiquaient largement avec la trachée.

Depuis 1892, grâce à la réfection du pharynx de Bardenhauer et de Gluck, cette hécatombe n'existe plus.

Périer inaugura la chirurgie moderne du larynx en s'appuyant sur cette réfection.

(1) XVII^e Congrès international de médecine. Londres, 6-12 août 1913.

Avec la méthode de Périer on dénude le larynx et la trachée; on sectionne le larynx sous le cricoïde; on sépare 3 ou 4 anneaux de la paroi de l'œsophage; on suture le moignon trachéal à la peau; on extirpe le larynx de bas en haut; on suture la paroi antérieure du pharynx à la base de la langue et on unit par deux plans les muscles et la peau.

Après expérience de la méthode de Périer je la trouve d'assez longue exécution. Il existe des difficultés respiratoires pendant l'opération, et pendant les jours qui suivent il est très difficile d'empêcher la pénétration des liquides septiques jusqu'à la trachée par la canule, malgré la position déclive de la tête et les pansements souvent renouvelés. Cette opération dure souvent plus de trois heures, surtout si l'on y ajoute l'ablation des ganglions, ablation difficile et laborieuse avec cette méthode, à cause du manque d'espace. Dans ces cas le malade est menacé de succomber par *shock*.

Si l'asphyxie a obligé de faire la trachéotomie, avec la méthode de Périer il est presque impossible de séparer la trachée, à cause de la canule et les adhérences de la peau qui empêchent le renversement de ce conduit.

Avec le procédé de Périer on dénude le moignon trachéal sur une étendue de 2 ou 3 centimètres, ce qui cause la mortification des anneaux; la plaie ne guérit que par deuxième intention, après suppuration profuse et élimination de fragments de cartilage; le conduit trachéal s'enfonce dans le thorax et son ouverture dépourvue de tissu élastique se rétrécit, obligeant à la canule perpétuelle. Finalement, il s'ensuit quelquefois la médiastinite et l'infection des bronches. Cette nécrose est due aux vaisseaux sectionnés sur la paroi postérieure qui la sépare de l'œsophage, laquelle tombe aussi en sphacèle.

Il faut ajouter à ces déboires l'infection fréquente de la plaie par la toux et les efforts inspiratoires, qui font lâcher les points de suture; les mucosités pharyngiennes, le pus et les aliments pénètrent alors dans la trachée, car la plaie n'a pas cicatrisé par première intention.

La fréquence des accidents broncho-pulmonaires après la méthode de Périer a donné lieu à ce que le grand champion de

la chirurgie du larynx en Espagne, le Dr Cisneros, adoptât la méthode de Le Bec en deux temps.

Moi-même me rangeai à cette façon de faire en y ajoutant l'anesthésie locale qui empêche la syncope.

Avec la méthode de Le Bec on découvre la trachée que l'on sectionne transversalement entre le cricoïde et le premier anneau, on la décolle de l'œsophage et on suture circulairement le moignon trachéal à la peau, dans le premier temps. Le deuxième temps est mis en exécution vingt jours après ; quand la trachée est solidement soudée, on sépare le larynx de bas en haut et on suture le pharynx, comme Périer. D'après Le Bec, en mettant un intervalle entre les deux opérations, on évite le shock et on essaye les forces du malade.

On ne peut nier que les résultats obtenus en Espagne par Cisneros, Botella, Tapia, Lazarraga et par moi, avec la méthode de Le Bec, démontrèrent sa bonté ; mais l'expérience a plus tard enseigné que quelquefois un ou deux anneaux de la trachée tombent aussi en nécrose, malgré la dénudation de ce conduit sur l'étendue de 1 centimètre, comme je le fais, au lieu de 2 ou 3 centimètres, comme le veut son auteur. Ce sphacèle empêche la cicatrisation par première intention, et expose en outre à l'infection descendante. Dans le creux laissé par la trachée, après le premier temps, et l'ouverture inférieure du larynx, s'accumulent les sécrétions septiques du cancer, qui infectent la plaie, occasionnent sa suppuration et produisent plus tard la sténose de l'ouverture trachéale. Cette sténose oblige au port d'une canule ou à l'emploi de mon procédé autoplastique dont je me suis occupé au Congrès espagnol d'otorhinolaryngologie de Bilbao, en 1912, procédé qui maintient béante cette ouverture, car elle se rétrécit parfois même après la méthode de Gluck.

Finalement, il peut arriver que, entre le premier et le deuxième temps, le cancer envahisse le pharynx, en rendant insuffisante la laryngectomie.

Néanmoins, je crois qu'il existera toujours des cas (sujets nerveux, affaiblis) qui exigeront l'opération en deux temps.

Sebilleau considère le procédé de Le Bec mauvais, car il laisse le larynx ouvert dans le tissu cellulaire du cou, y déver-

sant du pus et la greffe du cancer. Il exécute aussi la laryngectomie en deux temps, mais il débute par la trachéotomie classique et aborde le larynx 15 ou 20 jours après. Sebileau préfère l'anesthésie générale et son *modus faciendi* diffère peu de celui de Périer.

Durante, de Rome, fait la laryngectomie en deux temps. Il trace un lambeau à base supérieure; sépare le larynx, comme Gluck, de haut en bas, exécute la résection du pharynx et suture le lambeau en laissant le larynx qui sert de canule. Dix jours après il coupe la trachée au niveau de la plaie.

Les malades de Durante déglutissent sans que les liquides puissent tomber dans la trachée, mais ils respirent mal avec leur larynx sténosé par le cancer ou par la section des récurrents. En outre, le larynx devient putride et, si la plaie suppure, le lambeau se rétracte et cicatrise mal. Le premier temps du procédé de Durante est très long; le deuxième très court; pour cette raison, je considère préférable la méthode de Gluck, telle que je l'ai vu exécuter plusieurs fois à son auteur, à Berlin; d'autant plus que l'on peut, si on est bien aidé et si on en possède la technique, faire cette opération rapidement.

Gluck, comme l'on sait, n'utilise plus les grands lambeaux à base supérieure ou latérale, car, si la plaie suppure, les sécrétions ouvrent les sutures et le lambeau se rétracte à sa base, ce qui retarde la cicatrisation. Plus de boutonnière cutanée par où passait le moignon trachéal qui se nécrosait et après longue suppuration il se formait des cicatrices déformées et rétractiles. Gluck aujourd'hui trace deux lambeaux latéraux qui lui permettent de bien voir le champ opératoire et les ganglions; coupe entre deux ligatures à l'aiguille tout vaisseau qui se présente et supprime les muscles sous-hyoïdiens, ce qui assure l'hémostase et simplifie l'acte opératoire.

L'extirpation du larynx de haut en bas, comme le fait Gluck, en suturant complètement la plaie avant de séparer l'organe vocal de la trachée, est bien préférable à la manière de Périer, de bas en haut, car la façon de Gluck est d'exécution plus facile et préserve efficacement de la pénétration de liquides septiques dans le conduit trachéal. Il en est tellement ainsi qu'après expérience de la méthode de Gluck, je

suis étonné que l'on n'ait pas, de prime abord, commencé par l'effectuer de la sorte.

Gluck extirpe systématiquement les ganglions quand ils sont plus ou moins malades, car à l'état normal leur volume est insignifiant. Cette conduite est celle que l'on suit dans le cancer de la langue, du sein et du pénis.

Avec la méthode de Gluck on ne sépare pas la trachée de l'œsophage, ce qui évite la nécrose des anneaux, le sphacèle de la paroi postérieure et fait que la plaie cicatrise, très souvent, par première intention; la sténose étant alors rare, la plupart des malades respirent sans canule.

D'autre part, s'il s'agit d'un malade trachéotomisé, la plaie trachéale ne constitue pas un inconvénient pour la méthode en question. On peut laisser la canule et suturer en dessus circulairement la trachée jusqu'à sa soudure à la peau, en laissant cicatriser la plaie trachéale. Je crois préférable la suppression de la cicatrice de la peau, y compris l'isthme de la glande thyroïdienne qui entoure l'ouverture de la trachée toujours infectée, afin de pouvoir éliminer les deux ou trois premiers anneaux sectionnés par l'opération antérieure, car dans le cas contraire l'infection greffe le cancer plus tard dans la plupart des cas, l'expérience ayant montré que les opérés sans trachéotomie préalable se trouvent dans de meilleures conditions que les autres par rapport à la récurrence.

Finalement, la méthode du Gluck évite mieux que les autres la broncho-pneumonie et la médiastinite. La preuve en est donnée par la formidable statistique de Gluck qui, sur sa dernière série de 74 cas, ne compte pas une seule mort opératoire (1).

Les résultats obtenus en Espagne par Tapia et par moi avec la méthode de Gluck plaident aussi en sa faveur.

On a dit, néanmoins, que pour une laryngectomie totale avec la méthode de Gluck il faut trois heures. Cela est peut-être vrai pour celui qui n'en a pas l'habitude, puisque l'on perd énormément de temps dans la recherche des ganglions, les sutures et les ligatures, ces dernières, d'après mon expérience, dépassant le nombre de soixante. D'ailleurs, quand on

(1) Lettre du Dr Soerensen, assistant de Gluck, reçue il y a quelques jours.

ne possède pas, comme Gluck, un Dr Soerensen, l'intervention étant alors faite à la fois par deux habiles chirurgiens et durant par conséquent moitié de temps, on est forcé d'aller plus lentement. Mais, si l'on exerce son assistant à lier et à suturer pendant que l'on coupe ou extirpe, à mon avis, on peut terminer une laryngectomie, sans ganglions, en une heure et avec ganglions en deux heures.

On a dit aussi que pour l'extirpation du larynx en une seule séance il faut deux fois plus de temps qu'avec la méthode de Le Bec, car il s'agit de deux opérations. Ceci n'est pas exact; la suture de la trachée est un acte insignifiant qui n'exige que quelques minutes, tandis que le restant de l'opération est de longue durée.

On craint le *shock* après la laryngectomie en un temps. Quand le malade ne réagit pas et sans accidents broncho-pulmonaires, son pouls faiblit, il n'est pas atteint de collapsus il se trouve sous le coup d'une septicémie suraiguë presque toujours mortelle.

Cette septicémie peut être évitée en nourrissant fortement le malade les jours qui précèdent et qui suivent l'opération; en administrant les toniques du cœur; en chauffant bien la salle d'opération et surtout en soignant l'asepsie. Pour celle-ci, il faut ne pas toucher les tissus avec les doigts, mais avec la sonde, qui est complètement aseptique; employer pour chaque ligature ou suture un nouveau fil et une nouvelle aiguille stérilisés, car de cette façon on n'utilise pas une aiguille qui a déjà traversé les tissus; il faut tâcher obstinément que les mucosités buccales ne contaminent pas la plaie; ne jamais opérer le jour après avoir touché un malade infecté; on doit suturer le pharynx à la Lembert, à points non perforants, ce qui assure la non-contamination des points d'entrée; finalement, il est indispensable de drainer soigneusement, avec de grandes mèches, les espaces vides laissés par l'opération, car, à la moindre négligence, la plaie peut s'infecter et le malade succomber à la septicémie.

Quant à l'anesthésie, je crois théoriquement préférable l'anesthésie locale; en pratique, à part quelques cas (faiblesse, nervosisme, asphyxie), je considère que la narcose bien con-

duite est moins dangereuse qu'on ne croit. J'ai extirpé le larynx avec ces deux genres d'anesthésie et je trouve qu'avec la cocaïne le patient doit être courageux, stoïque même, car il assiste à son opération, tandis qu'avec la narcose, la conscience disparue, l'opérateur est plus libre et le malade bien plus tranquille.

J'ai vu, à Berlin, opérer Gluck et Bier; je déclare être plus satisfait de la façon du premier avec la narcose que de celle du second avec l'anesthésie locale, celle-ci étant assez souvent incomplète. Pour la narcose, il faut surtout un bon chloroformisateur, bien attentif à son malade et se désintéressant de l'opération, qui sache maintenir l'insensibilité de l'opéré avec des quantités minimales de chloroforme. J'ai vu chez Gluck opérer deux laryngectomies totales et une extirpation du larynx et de l'œsophage en ne dépensant que 10 grammes de chloroforme par heure.

En outre, si l'on se sert du mélange de Schleich (Éther 250, chloroforme 80, chlorure d'éthyle 50), la syncope est difficile.

Dans les opérations de longue durée on évitera l'intoxication en utilisant un appareil à narcose. Gluck emploie celui de Roth-Dräger, qui mélange automatiquement l'oxygène avec le liquide de narcose. L'appareil à chloroforme du D^r Ricard, utilisé en France, est aussi à recommander. Avec ces appareils la dépense de chloroforme est minime, on surveille de très près la respiration du malade, car le gonflement du ballon ou le bruit des soupapes montre à chaque instant la marche de la respiration.

Quant aux vomissements, la continuité et la régularité de la chloroformisation avec ces appareils empêchent leur production pendant l'acte opératoire. Pour les vomissements post-chloroformiques, pendant les jours qui précèdent l'opération, on nourrira bien le malade, surtout en hydrates de carbone, en vue d'obtenir une réserve de glycogène maxima et on lui fera prendre, 4 heures avant la narcose, du lait peptonisé, car le jeûne traditionnel préanesthésique amène une dépression fonctionnelle du foie et ces vomissements sont d'ordre toxémique. La narcose étant absolument tranquille, la plaie n'est

pas salie par les vomissements, l'hémorragie est moins abondante et les manœuvres sont plus rapides et aisées.

Dans la majorité des cas je préfère, quand la respiration n'est pas gênée, commencer l'opération avec l'anesthésie générale et suspendre celle-ci sitôt le pharynx ouvert. On

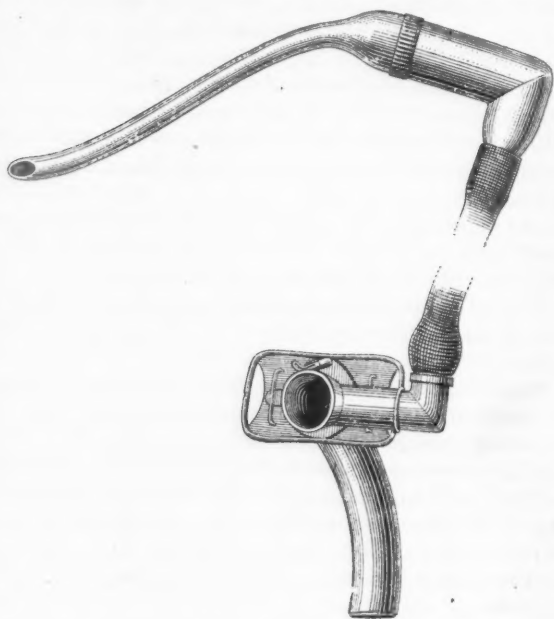


Fig. 1. — Appareil phonatoire du Dr Botey.

effectue au préalable l'anesthésie régionale des nerfs laryngé supérieurs, puis on cocaïnise l'intérieur du pharynx.

La résection du pharynx terminée, on renouvelle la chloroformisation pour les sutures terminales très douloureuses. De cette façon on peut mener à bien une laryngectomie avec 20 grammes de chloroforme.

Quant à la voix des opérés après la laryngectomie totale, j'ai vu que beaucoup de malades qui préfèrent parler avec leur

voix pharyngée et beaucoup finissent par se faire comprendre en expulsant l'air dégluti. Ces malades improvisent une glotte avec le voile du palais et la base de la langue. On sait d'ailleurs que, pour parler, une quantité minime d'air est suffisante, ce qui est tous les jours prouvé par les chanteurs. Ces opérés apprennent d'autres cette façon de parler, ce qui en outre peut être enseigné par un professeur spécial.

Pour les patients qui ne peuvent pas apprendre à parler avec la voix pharyngée, on a construit quantité d'appareils phonatoires. Il y a quatorze ans je fis construire un de ces appareils : un soufflet sous l'aisselle lançait l'air par un tube sonore dans le pharynx en passant par le nez. Gluck se sert d'un appareil semblable ; puis il a imaginé un larynx artificiel. L'appareil de Délair, très connu en France, n'a pas donné de résultat en Espagne.

Dernièrement j'ai fait fabriquer un appareil phonatoire qui m'a donné entière satisfaction par sa simplicité et sa propriété (1). On sait que dans la voix normale le larynx donne le ton fondamental et que les modifications que ce ton subit dans les cavités supraglottiques constituent les voyelles et consonnes. On parle avec les appareils phonatoires avec une note, la parole est donc timbrée, mais monotone, encore que très claire.

En outre, je pense que l'on doit mettre le laryngectomisé dans les conditions du trachéotomisé. Mon appareil se compose donc d'une canule de trachéotomie avec ajutage pour tube de caoutchouc qui se fixe à un larynx artificiel tenu dans la main, d'où sort un tube métallique qui s'insinue au fond de la bouche (fig. 1).

Le malade parle en bouchant avec son doigt l'ouverture de la canule et l'éloigne pour aspirer de l'air (fig. 2).

Le son est ici ainsi porté vers les cavités de résonance, mais il ne passe plus par le larynx ; le patient parle avec l'appareil, qu'il tient dans la main et l'air sonore est aussi introduit dans le pharynx mais en sens inverse. Le son est plus intense que s'il pénétrait par les fosses nasales.

Somme toute, la meilleure méthode d'extirpation totale du larynx est la méthode en un temps de Gluck. Cette méthode

(1) Chez Ch. Vaast, 22, rue de l'Odéon. Paris.

sera utilisée dans la plupart des cas. Exceptionnellement on opérera en deux temps.

On utilisera de préférence l'anesthésie mixte, en réservant l'anesthésie locale pure pour les malades stoïques.

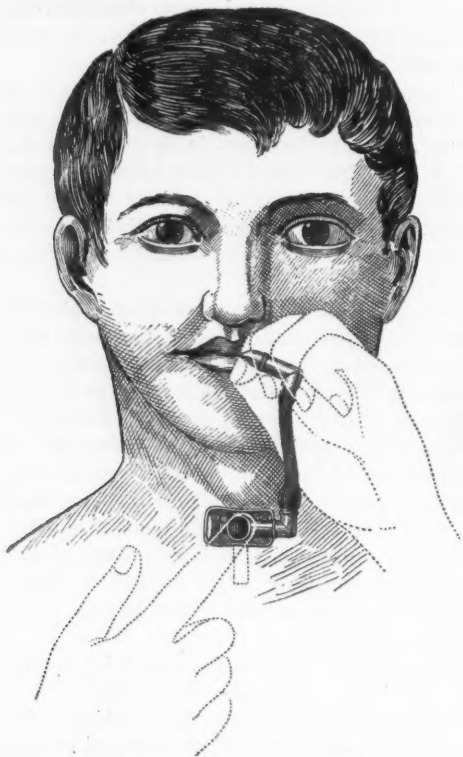


Fig. 2. — Appareil phonatoire fonctionnant.

La célérité, l'asepsie, l'alimentation, la chaleur et les toniques du cœur éviteront le shock opératoire.

Les malades intelligents et entraînés parleront assez bien avec la voix pharyngienne. Pour les autres, un appareil phonatoire les aidera à se faire comprendre.

III

L'AMYGDALITE ET LA PÉRI-AMYGDALITE LINGUALES PHLEGMONEUSES

Par **SOLAL** (1).

I

La connaissance des suppurations de l'amygdale linguale remonte seulement à la fin du siècle dernier : le nombre assez restreint d'observations publiées jusque-là ne permettait pas d'en faire une étude approfondie. Depuis une vingtaine d'années, les progrès de l'endoscopie aidant, on a pu les étudier plus cliniquement et les dégager des diverses affections avec lesquelles on les confondait.

A en juger par le petit nombre d'observations connues, cet abcès est rare : peut-être faut-il faire la part des cas passés inaperçus ou confondus avec d'autres affections, et de ceux non rapportés.

Le premier, en 1885, Caulier, consacrant sa thèse à la glossite aiguë, y publie quelques observations relatives à l'inflammation limitée de la partie postérieure de la langue suivie d'une suppuration en foyer. Il semble bien qu'il s'agisse là d'un abcès non soupçonné de la quatrième amygdale.

Hagen, à la Société médicale de Leipzig, en 1888, puis Schaede, en 1891, sont plus précis et parlent de suppuration aiguë. A cette époque, dans le *Traité de chirurgie*, Broca, à propos de la glossite aiguë, parle de l'inflammation de la base de la langue : il l'appelle glossite basique. David Craigie la dénommera angine linguale.

Cependant il faut arriver à Ruault pour trouver le premier travail sérieux sur la question : à la séance du 4 décembre 1891

(1) Travail du Service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine.

de la Société de laryngologie de Paris, cet auteur présente son travail sur l'angine linguale. Le premier il la distingue des autres angines occupant les différents groupes de follicules clos péri-pharyngiens et des affections pouvant la simuler : glossite basique intermusculaire, phlegmon péri-laryngien ; à la discussion du rapport, Moure cite un cas inédit, Luc rapproche de ces faits le cas d'un malade, officier de marine, ayant eu des abcès à répétition de l'amygdale linguale.

L'année suivante Ruault revient sur son sujet dans les *Archives d'oto-rhino-laryngologie* (janvier 1892) et en parle dans le *Traité de Médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud.

A la suite de ces travaux les auteurs s'intéressent à la question. On voit alors, en 1892, Helary observer un cas typique dans le le service du Dr Gouguenheim. Cartaz en cite un autre, Gurowitch, d'Odessa, en publie deux ; Seifert, en 1893, décrit le « phlegmon péri-épiglottique ».

La même année Simanowski s'occupe des affections inflammatoires des tissus glandulaires lymphatiques de la base de la langue et cite cinq cas d'amygdalite suppurée. Marion, dans sa thèse (1894) étudie un cas inédit de Lermoyez. Puis, en 1896, Escat publie une intéressante observation ; en 1898, ce dernier présente un rapport complet sur la question à la Société de laryngologie. Puis il décrit magistralement le phlegmon de la quatrième amygdale dans son *Traité des maladies du pharynx*.

En 1889 Goodale (de Boston) lit à l'Association laryngologique américaine un travail basé sur huit observations d'abcès intra-folliculaires. Scheff, en 1900, en parle à la Société Viennoise de laryngologie.

Tous ces cas concernaient des adultes : Katz, en 1900, publie dans le *Progrès médical* l'histoire d'une angine phlegmoneuse chez un enfant de huit ans. C'est la seule signalée à cet âge.

D'autres observations, désormais plus complètes, suivirent : celle de Dépoutre (de Cambrai), en 1903, est rapportée avec tous les détails. Killian, à la XII^e réunion des laryngologistes de l'Allemagne du Sud, étudie le diagnostic et le traitement des abcès situés profondément dans la base de la langue. Enfin,

en 1910, Seifert relève un abcès de l'amygdale linguale chez un diabétique.

A ces observations nous ajouterons deux cas inédits que nous avons suivis à Saint-Antoine, dans le service de M. Lermoyez. Tous les deux présentent le tableau complet de l'amygdalite phlegmoneuse. En outre nous y avons relevé certains signes qui n'ont pas encore été décrits.

Voici ces deux observations :

OBSERVATION I. — Homme de 27 ans, vernisseur. Il vient à la consultation de laryngologie de Saint-Antoine, le 16 juillet 1912, parce que depuis quelques jours il a mal à la gorge et ne peut plus rien avaler.

Antécédents héréditaires : frère mort de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels : dans l'enfance, scarlatine et angine couenneuse (?). Il y a deux ans, abcès de la marge de l'anus et l'année dernière pleurésie sèche. En outre très sujet aux rhumes.

Le début de l'affection actuelle remonte aux premiers jours de juillet : à ce moment le malade a un léger mal de gorge avec dysphagie. Son médecin diagnostique une angine et ordonne un gargarisme à la glycérine boratée.

Mais la douleur et la dysphagie augmentent : le malade ne peut même plus avaler les liquides. Il vient alors consulter à Saint-Antoine où il est admis.

Nous l'examinons le 17 juillet.

L'examen du cou ne montre pas de déformation extérieure, il n'y a pas d'adénopathie : on trouve seulement une légère douleur à la pression dans la région sus-hyoidienne. Cette douleur ne se propage pas vers l'oreille.

Le malade présente des symptômes fonctionnels et des symptômes physiques.

a) Symptômes fonctionnels. — Dysphagie qui est allée en progressant depuis le début de l'affection. Elle est presque complète : la déglutition des solides est impossible, celle des liquides très douloureuse. Le malade ne peut avaler sa salive qui s'écoule de la bouche et le force à porter constamment son mouchoir à ses lèvres. La dyspnée est moins intense.

b) Symptômes physiques. — L'ouverture de la bouche est facile : l'examen direct permet de voir seulement un peu de rougeur à la partie inférieure du pilier antérieur du côté droit. Rien sur le voile, rien également sur les amygdales palatines.

A l'examen au miroir, l'attention est immédiatement attirée par une tuméfaction située à la base de la langue du côté droit. C'est une proéminence de la grosseur d'une petite noix, recouverte d'une muqueuse rouge, luisante, ne présentant pas de points jaunâtres. Cette grosseur repousse l'épiglotte en arrière. Aucun œdème de voisinage, en particulier des replis aryténo et glosso-épiglottiques.

Le toucher, très douloureux, montre la tuméfaction très dure, sans fluctuation en aucun point.

En recherchant l'état de mobilité de la langue, on constate que ses mouvements sont difficiles et limités. En outre, si, malgré cette immobilité relative, on demande au malade de la tirer au dehors autant que possible, on constate que sa moitié droite décrit une courbe vers la droite : sa pointe, au contraire, tend à revenir vers la ligne médiane en même temps qu'elle se porte en bas et en arrière.

Le 17 juillet au soir l'ensemble de ces symptômes s'exagère un peu ; la dyspnée augmente. En même temps le malade se plaint de la présence d'un corps étranger dans la gorge : il ne peut, dit-il, ni l'avalier, ni le rejeter.

Le lendemain, 18 juillet, l'abcès est incisé : il s'en écoule un peu de pus. On fait gargariser le malade avec de l'eau oxygénée étendue et il se déclare soulagé.

Les jours suivants la gêne et la douleur reparaissent de nouveau : la température, jusque-là presque nulle, s'élève légèrement. Le 20 juillet nous intervenons de nouveau. Avec un crochet amygdalien nous pénétrons dans la paroi de l'abcès, qui est très épaisse, et ramè-nous la faulx d'arrière en avant, puis, avec une pince de Legroux, nous écartons largement les lèvres de la plaie pour obtenir un drainage suffisant. Le malade rejette alors quelques grammes d'un pus épais mélangé de sang. On le fait de nouveau gargariser avec de l'eau oxygénée étendue.

La détente est alors complète : les symptômes fonctionnels disparaissent immédiatement. Le malade rejette les jours suivants un peu de pus. On veille à la plus grande antiseptie possible de la cavité buccale et l'amélioration est rapide et définitive.

Le 27 juillet il quitte l'hôpital.

OBSERVATION II. — Jeune homme de 20 ans. Il vient consulter le 8 avril 1913 à Saint-Antoine, où il est admis.

Les antécédents ne présentent rien de particulier.

Début le 25 mars par un vague mal de gorge et une dysphagie progressive déterminant un amaigrissement de 8 kilos.

Actuellement on note :

a) Des symptômes fonctionnels : dysphagie presque complète sans dyspnée, voix nasonnée et empâtée, douleur se propageant vers l'oreille gauche.

b) Des symptômes physiques : œdème pré-laryngien, s'étendant jusqu'au niveau des grandes cornes de l'os hyoïde. La bouche s'ouvre librement, la langue est mobile et non déviée. Au miroir on voit à la base de la langue, très en arrière, une grosseur de la dimension d'une noix, recouverte d'une muqueuse rosée. L'épiglotte rouge et non œdématisée est repoussée à droite : il y a de l'œdème des replis glosso-épiglottiques. La tumeur est dure au toucher : il n'y a ni adénopathie, ni température.

L'abcès est ouvert avec une faux de Ruault : il s'écoule un quart de verre environ d'un pus bien lié. On fait gargariser le malade qui se déclare soulagé. L'amélioration persiste les jours suivants et le malade quitte l'hôpital définitivement guéri.

II

De tout le tissu adénoïdien de l'anneau de Waldeyer l'amygdale linguale est la partie qui s'infecte le plus rarement ; la suppuration s'observe encore moins. Les divers auteurs ont cherché à préciser la cause de cette rareté. J. Price-Brown (de Toronto) l'attribue au passage fréquent de la salive qui nettoie constamment l'amygdale ; mais cette raison ne semble pas suffisante : il ne faut pas oublier que le mucus infecté stagne continuellement dans les vallicules où baigne la quatrième amygdale, et que les ingesta et les sécrétions viennent infecter continuellement la base de la langue.

On pourrait trouver une raison de cette moindre fréquence de l'amygdalite linguale dans l'atrophie que subissent, à la puberté, les follicules qui la composent. Mais cette atrophie n'est pas admise par tous les auteurs : Lennov-Browne et Luc l'ont combattue à la Société de laryngologie, lors du rapport d'Escat sur la pathologie de l'amygdale linguale.

On pourrait enfin chercher une meilleure explication dans les quelques particularités anatomiques qui différencient les amygdales palatines de celle de la base de la langue. Son tissu n'est pas identique à celui qui forme les amas lymphoïdes

voisins : les glandes muqueuses y sont en plus grand nombre ; ici seulement on trouve un épithélium cilié bordant les cryptes. Le tissu de soutien est musculaire, alors qu'ailleurs il est osseux ou aponévrotique.

Étant donnée cette grande résistance à l'inflammation et à la suppuration, il est intéressant de relever les circonstances à la suite desquelles survient le phlegmon.

Dans certaines des observations rapportées on trouve à l'origine une amygdalite banale, par exemple une angine catarrhale généralisée, qui se localise ensuite à la base de la langue. Dans le phlegmon primitif plusieurs des cas relatés montrent l'intervention d'un corps étranger ouvrant la porte à l'infection. Chez le malade de Helary, c'est un petit os qui, lors du déjeuner, le blessa au niveau de l'amygdale. Chez celui de Seifert, c'est une arête de poisson. Il est probable que la plupart du temps cette cause passe inaperçue, le malade n'y portant pas attention.

Le refroidissement peut être une cause occasionnelle exaltant la virulence du germe déjà présent.

Quant aux causes générales, elles ne semblent pas devoir intervenir directement. Cependant le malade de Luc avait la fièvre jaune, celui de Seifert était diabétique : le petit garçon observé par Katz relevait d'une rougeole ; notre premier malade était, enfin, nettement bacillaire. L'influence de l'état antérieur du malade semble agir en mettant l'organisme en un état de moindre résistance à l'infection, mais, étant donnée la diversité de ces affections, nous ne croyons pas devoir y attacher une grande importance au point de vue du phlegmon lingual.

L'affection paraît plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Parmi les observations publiées nous trouvons que l'abcès a été noté quinze fois chez l'homme et quatre fois seulement chez la femme. De même le maximum de fréquence a lieu entre 20 et 30 ans : un seul cas, celui de Katz, a été observé chez un enfant. Ici encore le peu d'observations connues ne donne qu'une valeur relative à cette statistique.

Quant à l'examen bactériologique, il n'a jamais été fait, ou tout au moins jamais avec les précautions nécessaires. Goodale

(de Boston) dit y avoir rencontré plus de streptocoques que de staphylocoques. En tout cas il est logique d'admettre qu'il s'agit des microbes habituels de la cavité buccale, comme pour les angines atteignant les autres amygdales.

L'anatomie pathologique a intéressé davantage les auteurs. Simanowski a distingué deux formes.

1° Dans la première, l'inflammation et la suppuration qui lui est consécutive se limitent aux follicules : c'est l'amygdalite folliculaire. Les petits abcès évoluent profondément et s'ouvrent finalement à la surface de la muqueuse, plus ou moins tard suivant leur situation plus ou moins profonde. Ils atteignent des volumes variables en se fusionnant les uns avec les autres.

Lorsque la muqueuse prend part à l'inflammation des follicules, il se forme des petits exsudats pseudo-membraneux dont la persistance est variable.

2° L'inflammation peut ne pas être limitée aux follicules : tout le tissu cellulaire voisin se prend. C'est l'amygdalite avec péri-amygdalite phlegmoneuse : c'est dans ce cas que l'œdème atteint l'épiglotte et parfois le repli ary-épiglottique du côté malade. En avant, dans certaines observations, la partie antérieure de la langue peut être œdémateuse. Enfin, dans les cas très graves, le tissu cellulaire voisin est envahi, les ganglions se tuméfient et l'amygdalite linguale devient une véritable angine de Ludwig ; ces faits sont très rares.

Citons aussi le cas où, grâce à la continuité du tissu conjonctif avec celui qui double la muqueuse du vestibule laryngé, on constate de l'œdème du larynx et même parfois des fusées purulentes vers ce vestibule.

L'adénopathie a été constatée d'une façon très variable, prononcée dans des cas bénins, absente dans d'autres beaucoup plus graves.

III

L'étude clinique de l'amygdalite linguale phlegmoneuse permet de distinguer trois périodes :

1° Période de début.

Le début est plus ou moins rapide. L'amygdalite est primitive ou secondaire à une angine banale. Le malade, comme dans la première de nos observations, est soigné d'abord pour une angine commune, érythémateuse ou pultacée : puis le tableau change. Soit insidieusement, soit en s'accompagnant de phénomènes généraux qui font croire à une rechute, la nouvelle affection éclate.

Le plus souvent il n'en est pas ainsi. L'amygdalite est primitive, se révélant par un vague mal de gorge qui s'accroît et ce début peut être d'autant plus long que le siège de l'inflammation est plus profondément situé. Les symptômes généraux sont d'intensité variable.

2° Période d'état.

Au bout d'une dizaine de jours en moyenne, l'amygdalite, arrivée à sa période d'état, présente un ensemble de symptômes que nous allons étudier.

C'est d'abord la gravité de l'état général : elle varie beaucoup. Elle peut être inquiétante comme pour le malade de Helary, celui de Depoutre. La fièvre est élevée, accompagnée de céphalalgie, courbature ; le sommeil est agité et il y a du délire. Souvent aussi le tableau est beaucoup moins dramatique : chez nos malades nous n'avons constaté qu'une faible élévation thermique.

Les autres symptômes fonctionnels sont bien plus constants.

La dysphagie, qui est un des premiers signes, s'installe progressivement. Le malade éprouve au début un petit picotement au fond de la gorge : la déglutition de la salive est un peu douloureuse. Les jours suivants, surtout aux repas, la douleur augmente : le malade est obligé de faire des bouchées de plus en plus petites. Les liquides eux-mêmes ne peuvent plus passer. Le malade sent qu'il y a quelque chose de profondément situé dans sa gorge, qui empêche les aliments de passer. c'est une sensation de corps étranger, très nette et très caractéristique d'après le premier de nos malades.

La dyspnée va depuis la simple difficulté pour respirer jusqu'aux terribles accès de suffocation qui, chez le petit malade de Katz, ont failli amener l'intubation. Il y a du tirage, et le tableau réalisé est celui de l'œdème de la glotte.

La pathogénie de ces accidents semble facile à expliquer : c'est la tumeur qui obstrue l'entrée des voies respiratoires. Parfois aussi l'envahissement des ligaments glosso-épiglotiques et de l'épiglotte elle-même par l'œdème est la cause de cette gêne respiratoire. Ainsi on s'explique aussi que la dyspnée puisse faire défaut dans certains cas en l'absence d'œdème.

Lorsqu'on interroge le malade, on constate un autre symptôme fonctionnel qu'on ne relève pas également dans tous les cas, malgré parfois leur intensité. C'est le changement survenu dans la voix du malade. Elle est empâtée, grasse, inintelligible. Escat a analysé minutieusement ces troubles de la prononciation. Il y a à la fois nasonnement et anarthrie : voix nasonnée par « élévation et raideur irréductible de la base de la langue, obturant l'isthme bucco-pharyngien, empêchant l'onde vocale de s'écouler par la bouche » ; anarthrie à cause de l'articulation devenue impossible par une langue ankylosée et immobilisée par sa base.

Dans nos observations le trouble était moins accentué ; on ne retrouvait pas ce timbre de la voix détaillé par Escat. Elle était simplement embarrassée, pâteuse.

Le malade se plaint de la gorge : il dit souffrir en un point très déclive qui répond extérieurement à la grande corne de l'os hyoïde. Cette douleur se propage souvent vers l'oreille du même côté et s'accompagne parfois d'un peu de surdité.

Quoi qu'il en soit, l'ensemble de ces symptômes attire l'attention du côté de la gorge du malade et on en fait l'examen. Mais l'on ne s'attend guère à une affection de la quatrième amygdale et l'on s'étonne de voir le malade ouvrir facilement la bouche. En outre l'examen direct du pharynx ne montre qu'une vague rougeur des piliers. Cette rougeur cependant est très importante : on la retrouve dans plusieurs des observations publiées et en particulier dans le premier de nos deux cas. On note également un état saburral de la langue.

Un premier signe attire l'attention : c'est la douleur que détermine chez le malade la pression sur la langue avec l'abaisse-langue. On palpe, en s'aidant du toucher, le plancher buccal : il est dépressible, non douloureux.

Se guidant sur les indications du malade dont la souffrance, nous venons de le voir, a un siège assez déclive, on fait l'examen laryngoscopique et l'on découvre alors la cause de tout le mal : à la partie postérieure de la langue, immédiatement en arrière du V lingual, on aperçoit, d'un seul côté, une proéminence de la grosseur d'une petite noix, recouverte d'une muqueuse rouge, lisse, luisante, avec, parfois, à sa partie la plus élevée, une petite région plus claire, jaunâtre. Tout autour l'infiltration — cela n'est pas constant — a gagné les replis et les fossettes glosso-épiglottiques. Cet œdème s'étend parfois légèrement en avant.

L'épiglotte, la base des piliers sont hyperémies. Quelquefois on aperçoit des exsudats pseudo-membraneux discrets et faciles à détacher, recouvrant une muqueuse intacte.

La difficulté de l'examen avec le miroir ne permet pas de voir l'état des cordes vocales ; la saillie formée par l'abcès et la présence de l'épiglotte repoussée en arrière, augmentent encore la difficulté. Quand on y parvient, on les voit normales, rarement œdématiées.

Le palper renseigne sur la consistance de la tumeur : celle-ci est très dure. Il n'existe pas de fluctuation. Le toucher est très pénible pour le malade.

A ces symptômes, ajoutons enfin un signe très intéressant qui n'a pas été signalé jusqu'ici par les auteurs et que présentait le premier de nos malades.

Quand on dit au malade de sortir la langue, on constate que ce mouvement est difficile : l'organe semble retenu en arrière. Si, malgré cette immobilité relative et au prix de quelques efforts, il parvient à la sortir de la bouche, on remarque que la langue est déviée. Cette déviation porte sur la moitié correspondant à l'amygdale atteinte et peut se décomposer en : déviation du corps qui se porte vers la commissure labiale du côté malade, et déviation de la pointe qui se porte en bas et en arrière, tout en ayant tendance à se diriger, à l'encontre du corps, vers la commissure du côté opposé.

Cette déviation de la langue rappelle de très près celle que M. le Dr Sebileau a décrite récemment (*Paris médical*, décembre, 1911), dans les cancers de la gorge, comme un signe

ordinaire et précoce. Cet auteur dit l'avoir rencontré rarement dans d'autres cas. Il y aurait donc une exception à faire pour l'amygdalite phlegmoneuse.

Quant à la pathogénie de ce signe, l'explication donnée par M. Sebileau peut très bien s'appliquer là aussi. L'infiltration œdémateuse de la moitié de la langue rend cette partie rigide, n'obéissant plus à l'action du génio-glosse correspondant. L'autre moitié, au contraire, se déploie libre et souple, et par suite de l'action de son génio-glosse se dirige vers le côté opposé, c'est-à-dire le côté malade. Quant à la pointe de la langue, elle n'est pas infiltrée : elle garde, par suite, sa souplesse et tend à reprendre sa position médiane, ce qui la dirige du côté opposé.

Enfin on trouve un dernier signe qui n'est guère en rapport avec la gravité de l'affection : c'est l'adénopathie. Les premières observations ne l'avaient pas signalée et on a cru un moment qu'elle n'existait pas. Cependant les publications ultérieures, et en particulier celles de Marion, d'Escat, la décrivent très nettement.

En général l'engorgement porte à la fois sur les ganglions sous-maxillaires et surtout sur ceux sus-hyoïdiens : il s'accompagne quelquefois d'un œdème peu accentué de la région sus-hyoïdienne. Cet œdème peut exister seul comme chez notre second malade.

Les auteurs ne sont pas d'accord au sujet de cette variabilité dans l'apparition de l'adénopathie. Escat pense qu'elle pourrait bien être en rapport avec l'espèce microbienne en cause. L'exemple de l'adénopathie des amygdalites palatines est en faveur de cette hypothèse.

3^e Période terminale.

Le phlegmon lingual va évoluer différemment suivant qu'il s'agit de folliculite suppurée ou de péri-amygdalite accompagnant une amygdalite phlegmoneuse.

Dans le premier cas la durée de la maladie est de deux à trois semaines. Les follicules suppurent successivement et tous les quatre ou cinq jours deux ou trois d'entre eux s'ouvrent, donnant lieu à une certaine détente des phénomènes qui ne tardent pas à reprendre lorsque d'autres follicules suppurent.

Dans le second cas, au contraire, la durée est beaucoup plus longue. L'abcès met deux à trois semaines à se former : dans le cas où il est profondément situé, il peut même évoluer très lentement.

Quant à son ouverture, elle se fait très souvent spontanément, mais la gravité des symptômes commande le plus souvent une intervention qui apaise rapidement les principaux d'entre eux.

Une fois ouvert, l'abcès s'affaisse rapidement : il est des cas où la cicatrisation ne se fait pas attendre, mais la plupart du temps un récidive se produit. Dans l'observation de Luc le malade eut de nombreuses rechutes malgré les soins d'antiseptie buccale qui furent pris dans la suite.

Quant aux complications, elles sont fort peu nombreuses : la propagation de l'infiltration œdémateuse aux régions voisines est la seule qui ait été notée ; encore l'intervention et les soins consécutifs la font-ils cesser rapidement. Les phénomènes de dysphagie et de dyspnée sont dans le même cas. Cette dernière a atteint parfois une telle intensité que le malade asphyxiait. Ces accidents mécaniques disparaissent aussi grâce à l'ouverture de l'abcès.

Enfin Wolkow a décrit, sous le nom de tuméfaction ligneuse du cou, un adéno-phlegmon secondaire à un abcès de l'amygdale linguale et siégeant autour des ganglions sous-maxillaires. C'est une complication rare, puisque aucun autre auteur ne l'a signalée.

Comme on le voit, les complications sont rares et cèdent facilement à l'intervention. Aussi le pronostic peut-il être considéré comme bénin. Toutes les observations rapportées se sont terminées par la guérison.

IV

Le diagnostic de l'abcès de la quatrième amygdale est très difficile à faire au début. Il faudra y songer en présence d'un malade présentant une dysphagie rapidement progressive et qui se plaint de souffrir en un point assez déclive de la gorge,

répondant extérieurement à la grande corne de l'os hyoïde : d'après Simanowski la rougeur que l'on trouve alors à la partie inférieure des piliers antérieurs peut être considérée comme pathognomonique.

En réalité l'endoscopie seule permet de lever les doutes en montrant qu'il s'agit d'une affection localisée à la base de la langue : on trouve alors dans cette région une tumeur rouge lisse, dure au toucher. Il y a de l'adénopathie, des troubles de la parole, de la déviation de la langue, tous symptômes variables. Aussi faut-il songer alors à toutes les affections de la région et les différencier de celle à laquelle on a affaire.

Quelques diagnostics sont particulièrement importants à faire. La glossite basique intermusculaire a son œdème profondément situé, lingual et non pas localisé à la muqueuse. Dans l'angine de Ludwig les symptômes généraux sont intenses, l'œdème est beaucoup plus étendu, le plancher buccal est infiltré. Dans le phlegmon thyro-glosso-épiglottique décrit par Brault et Brousse et dans le phlegmon pharyngo-laryngé, l'examen au miroir, d'ailleurs beaucoup plus facile, lève les doutes en montrant la localisation. Enfin il faut éliminer l'angine épiglottique antérieure et postérieure décrite par certains auteurs (Michel de Cologne, Ruault) dans laquelle les faces correspondantes de l'épiglotte, puis secondairement les fossettes glosso-épiglottiques et la base de la langue, sont œdématisées : mais Lermoyez croit qu'il s'agit alors d'un véritable phlegmon de l'amygdale dans lequel l'œdème épiglottique prédominant a caché le syndrome initial.

Les autres affections de la base de la langue ont un aspect clinique trop différent pour prêter à l'erreur. Tels sont les goitres, les lipomes et les fibromes, les angiomes, l'hypertrophie de l'amygdale, les divers accidents syphilitiques, les kystes du canal thyro-glosse. Quant au cancer, le signe de la langue indiqué par Sebileau peut faire hésiter un instant, mais un examen attentif des symptômes généraux et l'évolution suffisent pour fixer le diagnostic.

Une fois le phlegmon de l'amygdale reconnu, il faut songer au traitement. Celui-ci donna lieu à une longue discussion à la Société française de laryngologie lors du rapport d'Escat.

Ce dernier préférerait attendre l'ouverture spontanée et instituer un traitement par gargarismes et badigeonnages; il conseillait de n'intervenir que quand les troubles respiratoires, menaçants, ne permettraient plus d'attendre. Moure s'éleva contre cette opinion : il ne croyait pas devoir temporiser; en présence des graves complications qui peuvent survenir, il semble préférable d'inciser : « Le galvanocautère ne fait courir aucun risque au malade. » Furet est du même avis et pense qu'il faut inciser largement toutes les collections purulentes de la langue.

En général, les auteurs qui se sont trouvés en face d'une symptomatologie bénigne préfèrent temporiser. Ruault et Monnier sont dans ce cas. Simanowski et Moure, qui ont eu, au contraire, affaire à des accès de suffocation dramatique, interviennent désormais pour les éviter.

Cette discussion est à rapprocher de celles qui eurent lieu à propos du phlegmon péri-amygdalien : longtemps, là aussi, on eut recours aux badigeonnages et aux gargarismes.

Aujourd'hui, comme pour le phlegmon péri-amygdalien, l'intervention nous semble s'imposer dans le phlegmon de l'amygdale linguale. Il faut seulement attendre que la suppuration ait succédé à l'inflammation et surveiller de près le malade. Pendant ce temps-là recourir aux soins antiseptiques usuels de la bouche. Puis, si l'abcès ne s'ouvre pas de lui-même, intervenir avant qu'aucun phénomène grave ne s'établisse et que l'état général ne devienne mauvais. En effet, le pus peut fuser et en rayonnant vers le plancher buccal ou vers le larynx donner lieu aux complications que nous avons décrites.

Quant à l'intervention elle-même, elle ne présente aucune difficulté. Nous décrirons d'abord le procédé employé par la plupart des auteurs et indiqué par Laurens dans le *Traité de médecine opératoire* de Berger et Hartmann.

On se sert d'instruments non rectilignes mais présentant à leur extrémité la courbure laryngienne. D'ailleurs on peut employer les instruments généralement utilisés pour le larynx.

On peut commencer par anesthésier la région : cela permettra d'aller plus lentement et de pouvoir contrôler par le

miroir la marche du bistouri. C'est à cette seule condition que l'on peut faire l'incision nécessaire, large et profonde, évacuant tout le pus.

L'anesthésie, étant donné qu'il s'agit de tissus enflammés, sera faite avec la solution de Bonain dont on instillera quelques gouttes à la surface de l'abcès.

Puis la bouche étant maintenue ouverte grâce à un ouvre-bouche, on introduit doucement le bistouri laryngien à lame cachée et on incise largement l'abcès sous le contrôle du miroir.

Ce procédé ne donne pas au pus un jour suffisant et les récidives sont presque la règle. C'est qu'en effet le pus se loge dans les anfractuosités du tissu amygdalien, et dans bien des cas une seconde intervention a été nécessaire. Aussi, dans le cas de Depoutre et chez nos malades, on a eu recours avec succès à un crochet amygdalien pointu qui est introduit avec les mêmes précautions et avec lequel on dilacère le tissu malade dans tous les sens. On peut compléter cette intervention à l'aide d'une pince de Legroux que l'on introduit dans la plaie et dont on écarte ensuite les mors. L'abcès est ainsi ouvert plus largement et sans crainte de causer des lésions de voisinage. C'est, comme on le voit, un traitement semblable à celui des amygdales phlegmoneuses palatines.

Aussitôt le pus évacué, on peut badigeonner la cavité avec un porte-coton recourbé et imbibé d'eau oxygénée pure. Quelques gargarismes faits avec de l'eau oxygénée étendue achèveront l'antisepsie buccale.

Les jours suivants, le malade est surveillé de très près, puisque les récidives sont fréquentes malgré toutes les précautions que l'on peut prendre. On continuera donc l'antisepsie buccale et, tout en veillant à l'état général et aux symptômes locaux, on examinera au miroir l'amygdale linguale et on n'hésitera pas à recourir à une nouvelle intervention en cas de rechute.

IV

A PROPOS DE L'ÉNUCLÉATION ET ARRACHEMENT DES AMYGDALES PALATINES. MA CHAISE D'OPÉRATION

Par **N. TAPTAS**,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Constantinople.

Après avoir joui pendant longtemps de la renommée d'organes utiles à notre organisme, les amygdales palatines sont depuis longtemps déchuës de cette confiance imméritée et le verdict de leur bannissement est de plus en plus universellement prononcé.

Nous venons de dire que la confiance à leur égard a été imméritée; en effet, nous ne pouvons pas concevoir comment on a pu penser à ce paradoxe qu'un organe dont le développement a toujours attiré les plus grandes complications à ses porteurs pouvait être considéré comme créé dans un but de défense par la nature providentielle.

L'observation clinique nous montre journellement que non seulement dans les différentes maladies infectieuses les amygdales, au lieu d'agir d'une façon antimicrobienne, provoquent des complications très gênantes et souvent graves, en jouant le rôle d'agents traitres qui ouvrent aux différents agents pathogènes les portes qu'ils devraient défendre contre eux, mais, en dehors de toute infection générale, elles hébergent dans leurs cryptes les différents germes nocifs, leur préparant la marche insidieuse vers l'intérieur de notre organisme.

Il est en effet notoirement admis que les affections ganglionnaires du cou compliquant les différentes infections exanthématiques, de même que les adénites tuberculeuses cervicales ont, la plupart du temps, pour porte d'entrée le tissu lymphatique de la gorge et du nez.

Les examens histologiques faits par différents confrères ont bien mis en évidence que des amygdales palatines ou pha-

ryngées saines en apparence, contiennent très souvent le bacille de Koch. Il est d'ailleurs d'observation journalière de voir une adénite cervicale rétrocéder à la seule excision des amygdales palatines et pharyngées.

Ces arguments et témoignages, qui ont étayé la mise en accusation et la condamnation des amygdales, ne peuvent que justifier le mouvement qui se dessine depuis quelque temps vers leur énucléation totale au lieu de leur destruction partielle que l'on était habitué à pratiquer.

Étant nous-même partisan de cette énucléation, nous allons décrire la façon simple, sûre et radicale que nous employons pour mener à bonne fin cette intervention de courte durée, mais non sans importance chirurgicale, comme beaucoup de monde, tant parmi les confrères que parmi le public, a tendance à le croire.

En 1910 nous avons déjà fait publier notre procédé dans les *Annales de Laryngologie et d'Otologie* par notre assistant (1) à l'hôpital « Hasseki » de l'Assistance publique de Constantinople. Depuis lors nous continuons toujours à appliquer le même procédé et sur une très grande échelle, vu que nous pratiquons plus de six cents amygdalotomies par an. Ayant toujours eu à nous louer de ce procédé, nous allons l'exposer en résumé :

Disons pour commencer qu'étant grand ami de la simplicité, nous avons un procédé unique pour tous les cas, qu'il s'agisse d'enfants ou de grandes personnes ; nous énucléons les amygdales à tous les âges, depuis l'âge d'un ou deux ans ; nous ne craignons jamais l'hémorragie, que nous considérons précisément impossible avec notre procédé ; nous n'employons comme instruments pour tous les cas qu'un abaisse-langue en acier, un ouvre-bouche d'Od'Weyer, un crochet à dissection avec pointe mousse et tranchant dans la concavité ; la partie courbe du crochet doit être très courte, d'un demi-centimètre de longueur ; enfin un emporte-pièce de Ruault avec anneaux larges et pas très tranchants.

Nous avons aussi deux ou trois pinces Kocher à dents de

(1) *Annales*, 1910, n° 4, p. 343, Paris.

souris pour toute éventualité, mais depuis cinq ans que nous employons ce procédé nous n'avons jamais eu l'occasion de nous en servir, de même que de notre pince courbe à dents de souris (1) destinée à pincer ensemble les deux piliers et tenir lieu de suture de la loge amygdalienne.

Comme anesthésie, nous employons le brométyl pur dans les cas où il s'agit d'enfants récalcitrants; chez les adultes nous faisons une anesthésie locale par des injections de novocaïne-adréraline; les tout petits, nous les opérons sans anesthésie aucune. Dans notre service d'hôpital nous opérons tout le monde, grands ou petits sans anesthésie tant locale que générale, et nos malades ne s'en plaignent pas. D'ailleurs l'opération de l'amygdalotomie avec le curettage des végétations adénoïdes ne dure pas, par notre procédé, montre en main, plus de deux minutes.

Les tout petits malades sont tenus sur les genoux d'un domestique, les enfants d'un certain âge de même que les adultes sont fixés sur notre chaise d'opération qui nous rend des services inappréciables.

Cette chaise, fabriquée par la Maison Luer de Paris (2) et que nous avons déjà décrite dans les *Annales de Laryngologie* en 1903, possède une barre mobile qui fixe les pieds de l'opéré au-dessous du siège sur lequel celui-ci est assis; de cette façon l'opéré perd tout point d'appui et se trouve paralysé dans les mouvements des pieds. Ses cuisses sont fixées à l'aide d'une sangle sur le siège même, ses mains sont confiées à un infirmier qui les tient croisées derrière la chaise au-dessus du dossier qui est très bas, la tête est tenue par une infirmière ou un assistant. Quand on n'a pas ma chaise on arrive au même résultat en liant les pieds au moyen d'une bande forte qui les maintient fixés sous le siège, mais, pour bien faire, ma chaise est indispensable.

L'opération se fait de la façon suivante : une fois le malade fixée et l'ouvre-bouche en place, je comprime la langue à l'aide de l'abaisse-langue tenu par la main gauche, tandis qu'avec

(1) Catalogue de Luer, chapitre hémorragies après amygdalotomie.

(2) Catalogue de Luer, *Annales de Laryngologie et d'Otologie*, 1902, page 140.

le crochet tenu par la main droite j'accroche la muqueuse à la partie supérieure du pilier antérieur, presque au niveau de l'angle formé par la rencontre des deux piliers, et par un coup sec je l'incise. Cette incision intéresse la muqueuse et presque pas le pilier lui-même. Aussitôt la muqueuse incisée, la pointe supérieure de l'amygdale se met en évidence. Engageant alors l'ongle de mon index droit pour l'amygdale gauche et de mon index gauche pour l'amygdale droite, ou de rugine, je détache l'amygdale aussi bas que possible de sa loge; alors j'engage les deux mors de la pince de Ruault, l'un au-dessus de l'amygdale dans la loge même, l'autre au-dessous d'elle et serrant modérément l'amygdale, pour éviter qu'elle ne soit coupée entre les deux mors de l'emporte-pièce, je l'arrache. Parfois il faut tirer avec force, elle finit toujours par sortir tout entière en un seul bloc; rarement elle se déchire et on doit alors compléter son excision en deux ou plusieurs morceaux.

Une fois les deux amygdales arrachées, je curette les végétations. Pendant l'opération je ne fais aucune attention au sang qui coule, car aussitôt celle-ci terminée l'hémorragie s'arrête brusquement.

L'énucléation de l'amygdale à l'aide de l'ongle se fait d'habitude très facilement à condition de pénétrer entre l'amygdale et sa loge. Ce n'est que dans les cas d'amygdales cicatricielles par suite d'amygdalites phlegmoneuses réitérées que l'énucléation au doigt présente parfois des difficultés; dans ces cas on déchire les cicatrices à l'aide du crochet mousse et on continue l'énucléation de la façon déjà indiquée.

Depuis cinq ans que j'applique cette méthode, ce qui revient à plus de trois mille cas opérés, je n'ai pas eu un cas d'hémorragie opératoire tandis qu'auparavant il me fallait, au moins une ou deux fois par an, appliquer les pinces de Kocher pendant plusieurs heures et parfois même toute la nuit.

D'ailleurs ce procédé constitue une garantie contre l'hémorragie pour les raisons suivantes :

1° L'énucléation à l'aide du doigt ou de la rugine permet d'exécuter l'opération dans les limites de l'amygdale sans empiéter sur les parois de sa loge et par conséquent on évite la lésion de vaisseaux importants.

2° L'arrachement de l'amygdale et l'évidement complet de la loge constituent les meilleures conditions pour l'hémostase.

En effet, autant il est étonnant de voir combien la loge amygdalienne est profonde une fois l'amygdale énucléée, autant on est surpris de constater la rétraction de cette loge quelques minutes après cette énucléation. Tandis que, par les procédés d'amygdalectomie en usage, les parties d'amygdale qui restent dans la loge empêchent celle-ci de se rétracter et causent souvent des hémorragies très inquiétantes.

Le traitement consécutif est des plus simples : je prescris au malade un gargarisme et une pommade, je lui ordonne la diète habituelle et je ne demande à le revoir qu'après dix jours pour constater la guérison.

J'ai tenu à faire cette communication pour montrer les quatre points suivant :

1° Le fait de l'énucléation et arrachement de l'amygdale en une seule pièce.

2° La fixation du malade sur ma chaise qui paralyse ses mouvements sans quoi la plupart des amygdalectomies se font incomplètement.

3° La rapidité de l'exécution qui ne dépasse jamais deux minutes et qui peut rendre l'anesthésie inutile.

4° La garantie contre l'hémorragie.

SUR UN CAS DE PERFORATION DU TYMPAN OCCASIONNÉE PAR UN PERCE-OREILLE

Par **M. ALBERT**,

Médecin major de 1^{re} classe à l'Hôpital militaire de Chambéry.

Les forficules, plus connues sous le nom de perce-oreilles, peuvent, comme beaucoup d'insectes, pénétrer dans le conduit auditif et là, donner naissance à des troubles parfois incommodes mais d'ordinaire sans gravité. C'est un fait rare mais bien admis par les médecins auristes, qui, dans leur collection de corps étrangers, possèdent pour la plupart quelques échantillons de perce-oreilles.

Ce qui est infiniment plus rare, ce qui est même contesté, c'est la perforation du tympan par ces mêmes insectes. Et cependant, c'est à cette prétendue propriété qu'ils doivent leur appellation; c'est sur elle que sont fondés les récits plus ou moins effrayants qui ont cours dans le public et qui leur ont valu leur fâcheux renom.

Ces récits, faut-il les considérer comme des mythes à mettre sur le même pied que ceux relatifs aux vampires qui sucent le sang, ou aux rats qui rongent les ongles des personnes endormies? C'était là notre opinion jusqu'à ce qu'il nous ait été donné d'observer un cas absolument authentique de tympan perforé par un perce-oreille ou tout au moins à la suite de son introduction dans une oreille.

Voici l'observation:

L. Maurice, 22 ans, canonnier conducteur au 29^e d'artillerie à Laon.

Rien à relever dans ses antécédents héréditaires et personnels. N'a eu en particulier aucune affection antérieure des oreilles, aucun écoulement, et son ouïe a toujours été excellente.

14 septembre 1907. — Se présente à la visite pour mal à l'oreille droite. De celle-ci sort un écoulement purulent. Le malade dit

avoir éprouvé de violentes douleurs durant la nuit précédente et c'est à leur suite qu'est survenu l'écoulement. Interrogé sur l'origine et les causes de son mal, il fait l'étrange déclaration qui suit : dans la nuit du 6 au 7 septembre, c'est-à-dire au début de la semaine précédente, il était couché, au cours d'une manœuvre, sur la paille d'une ferme d'Épo-Bézu, petit village de l'Oise. Tout à coup il sentit une bête s'introduire dans l'oreille gauche; il se leva aussitôt et demanda à un camarade de l'en débarrasser. Il était quatre heures du matin, il commençait à faire jour, mais le camarade ne put rien distinguer dans l'oreille. Quelques heures plus tard, il éprouva une grande douleur qui se calma vers le soir et dès lors il se crut débarrassé de son hôte. Celui-ci avait remué toute la journée et maintenant ne bougeait plus. Les jours suivants les douleurs reparurent, mais très légères. Par contre, dans la nuit du 12 au 13 elles redevinrent violentes pour s'atténuer brusquement avec l'écoulement du pus.

Cette déclaration fut reçue de notre part avec beaucoup de scepticisme. Toutefois sur les instances du patient, nous procédâmes à un grand lavage de l'oreille. Quel ne fut pas notre étonnement en voyant sortir, au bout de quelques secondes, un perce-oreille! Ce perce-oreille était mort.

Voulant vérifier si la mauvaise réputation de l'animal était méritée jusqu'au bout et s'il était capable, ainsi que le veut l'opinion populaire, de percer une oreille, nous fîmes faire à notre homme la manœuvre pour l'issue de l'air par le tympan. Quelle ne fut pas notre nouvelle surprise en entendant un long sifflement, signe irrécusable d'une perforation!

Nous l'avons aussitôt examiné à l'otoscope, assisté de nos camarades les médecins majors : Jette et Chauffour. Nous pûmes constater l'existence d'une perforation irrégulière dans la région postérieure et inférieure du tympan. Celui-ci était tuméfié, congestionné, et du pus suintait par l'orifice. Il existait donc une otite moyenne supprimée. L'acuité auditive était très diminuée et les battements d'une montre n'étaient pas perçus.

Le traitement par l'eau oxygénée fut aussitôt institué. Les suites furent très bénignes. Dix jours plus tard, l'écoulement était tari, la perforation cicatrisée, et l'air ne passait plus dans le conduit auditif. Toutefois pendant un mois persista une diminution de l'ouïe : la montre n'était plus entendue à la distance de 5 centimètres. Au bout de ce mois l'acuité redevint normale et le malade fut considéré comme entièrement rétabli.

Telle est cette observation que nous avons cru bon de relater

en raison de son originalité. Elle est intéressante au point de vue de la nature de l'insecte et de sa pénétration dans l'oreille, au point de vue du rôle qu'il a joué dans la perforation du tympan, enfin au point de vue du pronostic de pareilles perforations.

Le perce-oreille ou forficule est un insecte orthoptère; il appartient à la tribu des forficuliens (*forficula*, petit ciseau). Certains naturalistes rangent les forficuliens dans un ordre à part, celui des dermoptères entre les orthoptères et les coléoptères. Quoi qu'il en soit, les forficuliens ont pour caractéristique anatomique de posséder un abdomen terminé par deux petites pinces et susceptible de se redresser à l'instar de l'abdomen des scorpions.

Les forficules vivent de préférence dans les endroits obscurs et humides, les troncs d'arbre, les tas de paille. Il est des régions de la France où elles sont extrêmement abondantes.

Ce sont des animaux nocturnes, sortant rarement durant le jour et se déplaçant au contraire avec agilité pendant la nuit. Elles se nourrissent surtout de substances végétales; néanmoins elles font la guerre aux petits insectes dont elles se repaissent. Pour se défendre elles relèvent verticalement l'abdomen, mais les pinces sont tellement infimes qu'elles peuvent à peine mordre sur le doigt; c'est dire que ces animaux sont tout à fait inoffensifs.

Le mâle se distingue de la femelle par l'abdomen qui est muni de 9 segments transversaux au lieu de 7. Dans notre cas l'animal trouvé était un mâle.

C'est incontestablement à leur habitude de rechercher les trous et lieux obscurs qu'il faut attribuer leur pénétration dans le conduit auditif des dormeurs.

Comment expliquer maintenant la perforation du tympan chez notre sujet? Il ne peut bien évidemment venir à l'esprit d'aucun médecin que cette perforation soit produite directement par l'animal à l'aide de ses pinces caudales. Ces pinces, nous venons de le voir, sont beaucoup trop ténues et elles pourraient tout au plus l'aider à se fixer sur la muqueuse. Aucune action térébrante ne peut leur être imputée. Rappe-

lons au surplus que notre perce-oreille donna assez rapidement des signes de mort en devenant immobile. C'est donc à titre de simple corps étranger qu'il a agi par le même mécanisme que les corps inertes, graviers ou graines qui entrent dans les oreilles. La muqueuse du tympan très sensible s'irrite, s'enflamme, s'ulcère; d'autre part une otite moyenne se produit d'où la perforation et l'écoulement purulent. Il est probable que les microorganismes que porte l'insecte avec lui ne sont pas étrangers aux manifestations infectieuses.

Chez notre malade la guérison est survenue sans incident, la plaie du tympan s'est rapidement refermée. L'affection a été en somme très bénigne. En est-il toujours ainsi? Peut-on en pareil cas porter un pronostic constamment favorable et faut-il ranger parmi les fables la vieille opinion qui veut que les perce-oreilles pénètrent dans le crâne et amènent la mort? Il est probable que cette réputation est fondée sur quelques faits authentiques et que des accidents suivis de mort ont été la suite de cas bien observés. La méningite consécutive à la pénétration des corps étrangers est connue. Champouillon (*Gaz. Hôp.*, 1814) cite un artilleur qui, pour se faire réformer, s'était introduit un petit silex dans l'oreille; il en résulta une otite avec perforation du tympan, méningite et mort. Il faut donc faire des réserves et ne plus rejeter dans la légende le danger des perce-oreilles.

Comme prophylaxie nous recommanderons aux personnes exposées à coucher sur le sol, aux travailleurs des champs, aux militaires au cours des manœuvres de se mettre dans les oreilles des tampons d'ouate, surtout s'ils sont dans une région où abondent les forficules. Nous ne nous faisons pas illusion cependant sur l'efficacité de cette recommandation. Elle ne sera guère suivie, car on n'a pas toujours du coton sous la main, le remède est ennuyeux et les risques à courir sont très faibles, étant donnée la rareté de l'accident.

En effet les cas analogues au nôtre sont loin d'être communs. Ceux que l'on rencontre clairessemés dans la science et ayant trait aux perce-oreilles ne mentionnent pas la perforation du tympan. Presque toujours l'insecte a été rapidement retiré et avant qu'il ait pu entraîner cette complication. Un des

plus curieux est relaté par Labour (1). Il s'agit d'un jeune garçon de ferme. Durant son sommeil une forficule s'introduisit dans son oreille gauche provoquant des douleurs atroces en même temps qu'un écoulement abondant de salive. Là encore, pas de perforation du tympan, l'animal ayant été enlevé quelques heures après sa pénétration.

En résumé, la perforation du tympan apparaît, non comme une conséquence de la nature de l'insecte, mais comme la complication tardive et banale d'un corps étranger du conduit auditif.

Son pronostic dépend de l'étendue de la lésion et de l'intensité de l'otite moyenne provoquée.

(1) 1846. *Recueil de Méd. Milit.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

XVII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (1)

SECTION DE LARYNGOLOGIE (Suite)

Londres, 6 à 12 Août 1913.

POLYAK (Budapest). — **Le dacryokystotome endo-nasal.** — Polyak a indiqué une opération destinée à remplacer la dacryocystectomie telle que la pratiquent aujourd'hui les ophtalmologistes. L'auteur donnera la description complète dans un travail qu'il fera paraître prochainement. Il montre sur une projection les principaux temps de son opération. Il a exécuté cette opération plus de 40 fois avec bons résultats.

WESTMACOTT (Manchester). — **Hyperplasie chronique du maxillaire supérieur.** — Cette affection du maxillaire supérieur est décrite comme un épaississement de longue durée plus ou moins douloureux, intéressant surtout l'apophyse alvéolaire, épaississement qui progresse par invasion de la cavité sinusale jusqu'à complète occlusion de celle-ci, sauf une séparation étroite entre les parois nasale et orbitaire, parce que la muqueuse ne se fixe pas. C'est la raison pour laquelle la tumeur n'occupe pas ni la fosse nasale ni l'orbite. La tuméfaction s'étend vers la fosse canine et vers l'apophyse malaire, produisant la difformité caractéristique pour laquelle les malades viennent généralement consulter. Westmacott a un malade à soigner qui, en dehors de la difformité, se plaignait aussi de douleurs continuelles de dents, malgré l'extraction de toutes les dents cariées. L'opération faite par Westmacott a démontré que l'os avait la consistance d'une pomme de terre crue. Aucun cas n'a récidivé. Guérison dans l'espace de 3 à 4 semaines. Le traitement post-opératoire consistait dans le port d'une prothèse pour couvrir la brèche. Westmacott montre avec l'appareil à projections des corps microscopiques de ce tissu osseux de néoformation. Sept sur les huit cas sont survenus chez des femmes entre 17 et 30 ans. Six fois l'affection siégeait du côté gauche. Le diagnostic différentiel avec sarcome est donné par la longue durée de la maladie, l'insi-

(1) Compte rendu par LAUTMANN (voir 9^e livraison).

gnifiance de la douleur et l'absence de l'invasion de la fosse nasale et de l'orbite. D'avec des kystes dentaires on peut distinguer cette hypertrophie par les rayons X et d'avec le léontiasis par l'unité-réalité de l'affection.

DEWATRIPONT (Bruxelles). — **Contribution à l'étude des rapports bactériologiques et histologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales.** — Ce travail, qui intéressera les oculistes et les bactériologistes, se termine par les conclusions d'ensemble suivantes :

Les auteurs divisent les affections inflammatoires du sac lacry-mal en deux groupes :

a) Dacryocistite simple. — Synonymie : dacryocystite catarrhale ou catarrho-purulente, ou chronique, ou blennorrhée du sac.

b) Dacryocystite agüe. — Synonymie : dacryocystite phlegmo-neuse, tumeur lacrymale enflammée, phlegmon du sac lacry-mal.

Cette division en deux groupes est basée uniquement sur l'aspect extérieur de l'affection, ou sur les caractères macroscopiques de l'écoulement, mais ne tient compte, ni de l'état histologique, ni de la nature bactériologique de l'affection. En somme, à donner notre avis franc, cette classification est la première qui se présente à l'esprit et la plus facile, certes, mais aussi la moins scienti-fique.

C'est pourquoi l'auteur propose de fixer comme suit la classifica-tion des affections inflammatoires du sac lacrymal :

1° La périocystite phlegmoneuse :

a) A streptocoques, d'origine nasale, surtout fréquente chez les adultes.

b) A bacilles de Koch, sous la dépendance d'une ostéo-périostite tuberculeuse sous-jacente, surtout fréquente chez les enfants.

2° La dacryocystite tuberculeuse primitive ou consécutive à une tuberculose conjonctivale, ou nasale (à bacilles de Koch).

3° La dacryocystite aiguë à streptocoques d'origine nasale au cours d'une dacryocystite chronique à pneumocoques.

4° La dacryocystite subaiguë à diplobacilles Morax-Axenfeld d'ori-gine nasale, purs ou associés à des pneumocoques mais prédo-minants.

5° La dacryocystite chronique à pneumocoques de Talamon-Fraenkel généralement purs, mais parfois associés aux staphylo-coques (aureus, albus, citreus), ou au *Bacterium coli* (surtout chez des enfants, des vieillards, ou des malades mal soignés), plus rare-

ment aux bacilles piocyanique, gonocoque, bacille du xérosis, bacillus subtilis, piogenes foetidus, proteus vulgaris, bacille de la morve, bacille de Weeks, etc. :

a) Sans ectasie marquée du sac lacrymal (stade hypertrophique).

b) Avec ectasie prononcée du sac lacrymal (stade de disparition progressive des fibres élastiques).

6° La dacryocystite ozéneuse à diplocogues de Lœvenberg, d'origine nasale (stade en voie d'atrophie et surtout stade atrophique).

7° La dacryocystite syphilitique à spirochètes de Schaudinn, parfois primitive (très rarement) presque toujours consécutive à de la syphilis nasale.

8° La dacryocystite diphtérique, à bacilles de Lœffler, complication fréquente de la diphtérie nasale.

9° L'ectasie enkystée du sac lacrymal (à staphylocoques dorés purs ou associés). Disparition complète des fibres élastiques.

CITELLI (Catane). — **La pituitrine dans les hémorragies opératoires et spontanées des voies respiratoires.** — L'extract aqueux de la glande pituitaire a trouvé récemment son emploi comme tonique du cœur, comme galactogogue comme diurétique et surtout comme styptique dans les hémorragies *post partum*. Citelli l'a employé contre le syndrome psychique décrit par lui dans l'adénoïdisme. Encouragé par les différentes publications favorables sur l'action hémostatique de la pituitrine (préparation de la maison Parke Davis et C^{ie}), Citelli a eu l'idée de l'essayer dans les hémorragies spontanées de la bronche, du nez et contre les hémorragies opératoires après turbinotomie, résection sous-muqueuse de la cloison, tonsillectomie, etc. Dans presque tous les cas les résultats ont été surprenants. L'auteur a injecté la pituitrine régulièrement 1/4 d'heure ou 1/2 heure avant l'opération. Ces injections peuvent être faites sous-cutanées ou intra-musculaires, peuvent être suivies d'une deuxième et même d'une troisième injection deux ou quatre heures après l'opération si besoin en est. Le précieux produit n'a jamais occasionné d'inconvénients à Citelli.

CITELLI (Catane). — **Sur une méthode très utile pour guérir l'aphonie hystérique.** — Voici ce que l'auteur conseille : sans que le patient puisse prévoir son intention, Citelli fixe avec la main gauche la nuque du malade et avec l'index et le pouce de la main

droite il saisit les parties latérales de l'os hyoïde, cartilage thyroïde, et exerce rapidement une pression forte passablement douloureuse, cependant que le malade effrayé cherche à crier pour dire de suspendre la pression. A ce moment Citelli le presse de questions faites à haute voix rapidement l'une après l'autre en lui demandant comment il se trouve, s'il va mieux, ce qu'il ressent, etc. Alors le malade, émotionné et sans avoir le temps de comprendre (c'est-à-dire oubliant son état spécial de conscience par lequel il est empêché de parler), répond avec sa voix normale. Il est guéri, surtout si on continue pendant quelque temps à l'interroger pour le faire continuer à parler. Dans sa méthode la pression sur l'hyoïde et le cartilage thyroïde n'a pas le but connu de soutenir les cordes vocales pour faciliter la phonation, mais elle agit par un autre mécanisme. Citelli a traité jusqu'à présent par cette méthode six malades. Dans un cas concernant une vieille demoiselle, l'aphonie durait déjà depuis deux ans, quand Citelli par sa méthode a obtenu la guérison en une seule séance.

Séance du 11 août.

Le traitement spécial de la gorge, du nez et de l'oreille pendant la période aiguë de certaines fièvres infectieuses (conjointement avec la section d'otologie. Le président de la section d'otologie a présidé).

DE SANTI (Londres). — **La pathologie des différentes inflammations aiguës du pharynx et du cou, comprenant l'œdème aigu, le phlegmon, l'érysipèle, l'angine de Ludwig, à l'exclusion de la diphtérie.** — En 1895, sir Félix Sémon a attiré l'attention sur le fait que différentes formes d'affections septiques du pharynx et du cou, considérées comme maladies individuelles et appelées tantôt œdème du larynx, tantôt laryngite œdémateuse, tantôt érysipèle du pharynx et du larynx ou phlegmon ou angine de Ludwig, étaient probablement, au point de vue pathologique, une seule et même maladie. De Santi est venu en 1903 apporter sa contribution personnelle à cette conception. En comptant les 4 cas qui ont fait l'objet de sa première communication, de Santi dispose aujourd'hui de 8 cas qu'il rapporte très succinctement. Ces 8 cas sont intitulés par lui de la façon suivante : 1^o l'érysipèle du pharynx, 2^o œdème septique des tonsilles et du pharynx, 3^o gangrène du pharynx, 4^o pharyngite streptococcique aiguë compliquée de septicémie, inflammation ganglionnaire pro-

fonde et péricardite, 5° laryngite suppurée, 6° œdème septique du larynx, 7° amygdalite et pharyngite septiques aiguës, 8° inflammation septique du pharynx, des amygdales, de la cavité buccale et du tissu cellulaire sous-maxillaire. Malgré le haut intérêt qu'offrent ces cas, il est impossible de les rapporter en détail. Tous ces cas concernèrent des adultes, exception faite pour un garçon de 12 ans. Ils appartenaient au sexe masculin, se trouvaient dans la force de l'âge et de bonne santé avant cette maladie. Cinq cas appartenaient à la clientèle hospitalière et trois seulement à la clientèle privée, ce qui constitue une légère différence avec les cas de Sémon qui tous provenaient de la clientèle aisée. Dans tous les cas, le streptocoque prédominait. Comme traitement, six cas ont reçu l'une ou l'autre préparation d'un sérum antistreptococcique, un cas a été traité par une autovaccine en même temps. Un cas a refusé tout traitement spécifique et a guéri, comme tous les autres cas du reste. Malgré la différente localisation de cette inflammation septique sur différentes parties il faut considérer toutes ces manifestations comme appartenant à la même maladie. Les différences sont dues à la résistance qu'offre aux microbes le partie attaquée, à l'existence accidentelle d'une lésion de continuité dans la surface ou à un catarrhe rendant les parties plus susceptibles à l'infection. Le traitement repose surtout sur la reconnaissance prévue et exacte de l'affection et sur l'emploi du sérum et des vaccins. En terminant de Santi donne des renseignements sur la vaccino-thérapie que nous ne reproduisons pas à notre regret, quoique la vaccino-thérapie soit encore peu connue et peu usitée en France.

A KUTTNER (Berlin). — **Même sujet.** — Ce travail sera publié in-extenso dans les *Archives de Fränkel*. Voici à titre de renseignements comment Kuttner envisage la question. Il divise ces affections en deux groupes : a) la maladie se continue surtout dans la muqueuse, elle offre alors les variétés suivantes : 1° forme érythémateuse, 2° forme catarrhale (séreuse, muqueuse, mucopurulente, hémorragique), 3° forme dégénérative (au microscope dégénérescence graisseuse ou hyaline de l'épithélium avec perte de substance); 4° forme fibrineuse (avec ou sans nécrose).

b) La maladie se cantonne surtout dans le tissu sous-muqueux. Kuttner distingue alors les formes suivantes : 1° l'inflammation œdémateuse ou l'érysipèle, 2° l'infiltration plastique, et 3° le phlegmon. Toutes ces formes constituent au point de vue pathologique une affection identique. On voit des passages de l'une à l'autre, on voit l'une à côté de l'autre les différentes manifestations. Leur

identité au point de vue clinique est également établie. La plus légère forme angineuse peut aussi bien conduire à la septicémie et à la mort que la plus forte des infiltrations plastiques du cou. Pour la localisation, le point d'attaque, ou plutôt la porte d'entrée, est important. Ce travail de Kuttner a été lu par Félix Sémon.

Discussion.

FÉLIX SÉMON. Après avoir lu les passages essentiels de la communication de Kuttner, Félix Sémon met quelques points, qui lui paraissent particulièrement importants, en relief. Jusqu'en 1893 il n'y a eu que confusion dans ce chapitre; actuellement encore, dans beaucoup de traités, la question n'a pas trouvé le développement qu'elle mérite. Au point de vue bactériologique, il n'y a aucune division possible. Il peut s'agir aussi bien de microbes spécifiques que de microbes pyogènes. Il est impossible de faire les divisions comme le fait Kuttner. La maladie évolue rapidement et les formes, apparemment les plus simples, peuvent en peu d'heures se transformer en des cas cliniques des plus graves. En 6 à 12 heures, un homme robuste, en pleine santé, peut être frappé à mort. Heureusement ces cas sont très rares et beaucoup de laryngologistes auront une carrière des plus longues et des plus remplies sans avoir, non pas méconnu, mais pas rencontré un cas semblable. La forme que va prendre l'infection dans un cas donné dépend de la résistance individuelle, du nombre de microbes, de leur virulence et de leur quantité. Sémon ne croit pas qu'on puisse avoir une action thérapeutique quelconque sur ces processus. Le mieux est d'employer un sérum polyvalent. Différente des processus en question est l'infection pneumococcique de la cavité buccale dont Sémon a également eu occasion de décrire les particularités cliniques. Ces affections, également très rares, sont très douloureuses, elles sont d'une allure torpide, n'ont presque pas de tendance à la guérison spontanée, ne provoquent pas de fièvre et n'occasionnent pas d'inflammation ganglionnaire.

Harmer, à propos de la vaccino-thérapie, rappelle ses expériences personnelles qui s'étendent sur un grand nombre de malades soignés par le vaccino-thérapie.

Saint-Clair Thomson a été frappé de l'allure dramatique avec laquelle la maladie progresse. Il rappelle un cas personnel dans lequel la famille du malade jouait au tennis, étant loin de soupçonner la gravité du cas dont était atteint le membre de la famille. C'est généralement par le cœur que ces malades meurent.

Goodale accuse ces infections d'être, dans la majorité des cas, dues à des dents cariées.

Finder a eu à observer 6 cas, 5 ont été trachéotomisés et sont morts; 1 seul cas, traité par un sérum polyvalent, guérit.

Herbert Tilley a soigné 3 cas.

INO KUBO (Japon). — **Contribution à l'étude des polypes choanaux solitaires.**

SEGURA (Buenos-Ayres). — **Considérations sur les mycoses des muqueuses des voies respiratoires et digestives supérieures.** — Nous ne pouvons pas résumer les observations rapportées par l'auteur. Nous étions seulement personnellement frappé qu'il n'ait pas été fait mention de lésions cutanées accompagnant la localisation sur les muqueuses. Ségura dit qu'il n'est pas arrivé dans tous les cas à déceler le sporotrichum de de Beurmann. La belle contribution de Ségura montre les difficultés que l'on a à reconnaître les lésions des muqueuses quand elles sortent de la banalité. Ségura dit qu'il est persuadé que nombre de malades, considérés pendant longtemps comme syphilitiques ou tuberculeux, sont en réalité atteints de sporotrichose. Il est même convaincu que certains malades, dont il a lu les observations, considérés comme guéris de cancer du voile du palais, des piliers ou du pharynx, n'étaient autres que des mycosiques. L'étude des sporotrichoses présente donc un intérêt pratique et thérapeutique considérable.

MIGNON (Nice). — **L'insuffisance de la respiration nasale par anomalie des ailes du nez.**

BLEGVAD (Copenhague). — **Le massage dans les affections du nez et de la gorge.**

TRETROP (Anvers). — **Les infections par voie nasale.** — L'auteur, après avoir rappelé la sensibilité de la muqueuse nasale intacte, examine les deux modes essentiels de protection physiologique: 1° la disposition anatomique, 2° la sécrétion cellulaire.

En cas d'insuffisance ou de viciation de leur fonction, les fosses nasales respiratoires doivent être aidées thérapeutiquement. Trétrop cite les principaux agents à employer. Il passe en revue les principales infections nasales restant locales ou devenant générales et il conclut à l'utilité d'appeler souvent l'attention des familles sur la nécessité de la respiration nasale exclusive par des fosses nasales en bonne santé, pour protéger le nez et l'organisme tout entier contre les infections locales ou générales.

Les démonstrations suivantes ont eu lieu les après-midi avant les séances.

1^o Killian. La laryngoscopie en suspension (sur deux malades).

2^o William Hill. OEsophagoscopie sur le vivant et gastroscopie sur le fantôme.

3^o Watson Williams. Démonstration de son nécessaire complet pour l'exploration et le lavage de tous les sinus périmaxillaires.

4^o Gyergyai. Examen direct du naso-pharynx et de la trompe d'Eustache sur une malade.

5^o Saint-Clair Thomson. Présentation d'une malade guérie par l'opération de Moure d'une tumeur maligne du sinus ethmoïdal. Présentation de la tumeur.

6^o Ino Kubo. Présentation d'instruments, pince et canule pour le sinus maxillaire, aiguille pour la staphyloporrhaphie et l'uranoplastie.

Séance du 12 août.

FERRERI (Rome) *Rapporteur*. — **Traitements et pronostic des tumeurs malignes des fosses nasales et de l'épipharynx.** — C'est une véritable monographie sur le sujet que nous donne le distingué professeur de Rome. Dans un premier chapitre sur les considérations générales l'auteur s'efforce à démontrer que le traitement de ces tumeurs, tout en étant d'ordre purement chirurgical, fait encore partie de notre spécialité. Seulement parmi les auteurs qu'il cite, nous trouverons mentionnés les noms des chirurgiens et non des rhinologistes, à l'exception de Castex. Quant au traitement, il n'y avait pas grand'chose à dire sur le traitement général. Par contre, Ferreri passe minutieusement en revue tout le traitement physio-thérapique moderne. Nous mentionnons sous ce rapport en suivant l'auteur : La 1^o galvanocaustie, 2^o l'électrolyse, 3^o la fulguration, 4^o la diathermie, 5^o la radiumthérapie. Parmi les traitements sérologiques, Ferreri mentionne la sérothérapie, la vaccinothérapie, l'opothérapie (adrénaline ?) et le traitement par les autolyses. Il est évident que Ferreri ne pouvait donner ni la technique de ces différents traitements ni son expérience personnelle. Il s'est contenté de rapporter généralement ce que chaque propagateur de ces méthodes avait publié. On pourrait avoir une idée trop optimiste de l'effet de ces différents traitements si, au début du grand chapitre destiné à la cure chirurgicale de ces tumeurs, le rapporteur ne disait pas que c'est à la chirurgie qu'on doit les suc-

cès relativement les meilleurs si on s'y adresse de bonne heure et hardiment. Un point capital pour ces opérations est l'anesthésie. L'anesthésie locale joue pour Ferreri un rôle tout à fait secondaire dans ces opérations pour lesquelles il préfère l'éther ou plutôt le mélange de Schleich appliqué d'après la méthode de Kuhn. Ferreri n'a pas craint de reprendre, dans la description de la technique, un à un tous les procédés recommandés par les opérateurs dans l'épipharynx, dans le sinus maxillaire, dans l'ethmoïde, etc. Ces méthodes naturellement sont quelquefois résumées en deux lignes, quelquefois rapportées plus en détail, comme, par exemple, le procédé de Mouro ou celui de Luc et Fauret (probablement Furet). En terminant, Ferreri s'occupe du pronostic de ces tumeurs. Nous savons que, malgré tous les progrès de la chirurgie, ce pronostic doit être des plus réservés, malgré les nombreux cas de guérison opératoire définitive des tumeurs malignes. Dans sa belle statistique personnelle le rapporteur est en droit d'avoir de puissantes espérances. Sur 63 tumeurs malignes, 44 fois (67 p. 100) il s'est agi de sarcome, 19 fois (29 p. 100) d'épithéliome. Au point de vue du résultat opératoire, Ferreri compte 27 sarcomes guéris (57 p. 100), d'épithéliomes guéris (42 p. 100). La mortalité a été de 17 sarcomes (38 p. 100), 11 épithéliomes (57 p. 100).

MARSCHIK (Vienne), *Rapporteur*. — **Pathologie et diagnostic des tumeurs malignes du nez et du naso-pharynx, fibromes exceptés.** — Le pronostic des tumeurs malignes du nez et du naso-pharynx est encore très mauvais et, dans quelques statistiques, même désespérant, de sorte que de nombreux rhinologistes n'aiment plus faire des opérations radicales, redoutant leur effet. Les cas de guérisons durables sont rares et chaque opérateur qui en compte un le mentionne fièrement. Le mauvais pronostic est dû à la nature de ces tumeurs et à leur voisinage. Les tumeurs malignes du nez et des cavités périmasales ont été souvent étudiées dans les monographies. A la clinique Chiari, on en a observé 60 cas dans l'espace de 15 ans. Au point de vue de l'étiologie de ces tumeurs, les pathologistes admettent certaines dispositions congénitales ou acquises (irritation, etc). Intéressantes pour les rhinologistes sont les relations entre la sinusite et la tumeur maligne et la transformation des tumeurs bénignes (polypes) ou tumeurs malignes. Au point de vue histologique, la majorité des auteurs trouvent que les sarcomes sont plus fréquents que les épithéliomes. Le contraire a eu lieu à la clinique de Chiari. Parmi les sarcomes ce sont les types à cellules fusiformes ou à cellules rondes qui sont

les plus fréquents. Les fibro-sarcomes sont plus rares. Leur siège de prédilection est le septum ou la partie antérieure du cornet moyen. Généralement ces tumeurs laissent au malade une survie de 16 mois. Les carcinomes ont une tendance à la destruction et à l'ulcération. Les kystes paradentaires lui ont donné souvent naissance. Les endothéliomes n'ont pas encore leur position fixe dans la pathologie. Cliniquement ils diffèrent des deux tumeurs précédentes. Marschik nous donne un aperçu rapide sur les symptômes cliniques de ces tumeurs. Les métastases lui paraissent rares. De même observe-t-on rarement la cachexie, les malades mourant avant les suites des complications endocraniennes. Au point de vue diagnostic nous avons à notre disposition la rhinoscopie, la transillumination, les rayons X, le biopsie et la séro-réaction. Ces deux dernières méthodes demandent l'une la plus grande circonspection, l'autre autant de crédit que justifie sa jeunesse.

Les tumeurs malignes du naso-pharynx sont encore plus rares et plus terribles encore que celles du nez. Elles aussi ont été décrites par de nombreux auteurs, mais nous ne possédons pas sur elles des observations nombreuses provenant d'un seul auteur avec relations cliniques, opératoires et autopsie. Les carcinomes sont les plus fréquents. Les végétations adénoïdes peuvent devenir le point de départ d'un lympho-sarcome. Le plus souvent les tumeurs malignes partent de la paroi latérale ou postérieure du pharynx. Au point de vue symptomatologique la longue période de latence est surtout caractéristique. Les troubles de l'ouïe, la toux, les différents troubles nerveux (trijumeau surtout), les douleurs occipitales, etc., sont surtout à retenir. Relativement rapidement on constate des métastases surtout dans les ganglions rétro-pharyngés et cervicaux. Parfois ces métastases sont le premier symptôme clinique de ces tumeurs. Elles se terminent généralement par la cachexie et les complications endocraniennes sont rares. Au point de vue diagnostic, il faut surtout insister sur le toucher. Il faut être très prudent d'excision pour examen biologique. Dans un cas d'angio-fibrome, ces excisions sont contre-indiquées. L'examen du sang est nécessaire pour le diagnostic différentiel entre leucémie et pseudo-leucémie.

TAPTAS (Constantinople). — **De l'injection d'alcool dans le ganglion de Gasser à travers le trou ovale. Injections dans le trou grand rond.** — L'auteur décrit la méthode connue pour l'injection dans le ganglion de Gasser. Depuis sa publication faite dans la *Presse Médicale* 10 octobre 1911, l'auteur a réussi encore dans

5 cas. Le premier malade, injecté depuis 3 ans $1/2$, a gardé encore une complète anesthésie. Ce cas est d'autant plus intéressant que l'injection faite dans le trou ovale a donné lieu à un retour des douleurs au bout de un an, et que le malade n'a été définitivement guéri que par l'injection dans le ganglion de Gasser. Actuellement la moitié de la face et du cuir chevelu jusqu'au vertex est complètement insensible. Malheureusement le malade souffre de temps en temps de conjonctivite. Sa vision a diminué à cause d'une iritis. Les muscles temporal et masseter étant très atrophies, la fosse temporale et la joue correspondantes sont creusées d'une façon très apparente. Dans un autre cas, concernant une religieuse de 80 ans, un résultat définitif par l'injection du ganglion de Gasser se maintenait depuis 2 ans $1/2$, a été obtenu après échec de la résection des branches périphériques du trijumeau et du sympathique. Les troubles oculaires ont été moins marqués chez elle. Le huitième cas a reçu près de 2 centimètres cubes d'alcool dans le crâne. Le malade a présenté des vertiges et des vomissements pendant quelques jours. De plus, quelques gouttes d'alcool s'étant répandues sous la peau au moment du retrait de l'aiguille, il s'ensuivit une paralysie faciale. En conséquence, l'œil restant ouvert et insensible la cornée s'est troublée dès le surlendemain. Il a fallu faire une blépharorrhaphie permanente. Actuellement, 41 mois après l'injection, la paralysie ayant disparu, on va lui ouvrir les paupières.

Injection dans le trou grand rond pour la branche maxillaire supérieure. Jusqu'à présent la manière la plus usitée pour injecter le nerf maxillaire supérieur consistait à introduire une aiguille de 4,5 cm. sous l'arcade zygomatique derrière la tubérosité du maxillaire supérieur et de la pousser entre le maxillaire et l'apophyse ptérygoïde jusqu'au niveau du grand rond. La chose est des plus simples, néanmoins elle présente un inconvénient des plus désagréables, le suivant : dans sa marche de bas en haut l'aiguille ne rencontre dans l'espace ptérygo-maxillaire aucun point de repère indiquant à l'opérateur qu'il a atteint le point désiré. Si, par conséquent, on pousse l'aiguille plus qu'il ne faut, on pénètre dans l'orbite et l'alcool injecté paralyse l'oculomoteur commun, causant une diplopie des plus gênantes. Pour éviter cet inconvénient l'auteur a tourné la difficulté de la façon suivante :

Il prend une aiguille de 5,5 cm. de long qu'il introduit dans l'espace compris entre l'arcade zygomatique et l'échancrure sigmoïde du maxillaire inférieur, à 2 cm. au-dessous de l'arcade. L'aiguille est introduite de bas en haut et d'arrière en avant vers la base de

l'apophyse ptérygoïde au-devant de laquelle elle doit glisser. L'inclinaison de bas en haut est de 45° environ par rapport au plan médian de la tête. De cette façon l'aiguille arrive sûrement dans la région du trou grand rond sans risque de pénétrer dans l'orbite.

L'inclinaison d'arrière en avant ne doit pas être très forte et on tâchera de suivre la base de l'apophyse ptérygoïde au-devant de laquelle se trouve le trou grand rond. La seule fausse route possible consisterait à pénétrer par le trou sphéno-palatin dans les fosses nasales, ce qui n'entraînerait d'ailleurs aucune conséquence fâcheuse. Si on inclinait trop l'aiguille, on pourrait traverser la fente sphéno-maxillaire, mais cela non plus n'aurait pas de sérieux inconvénients.

GUISEZ (Paris). — **De certains progrès dans la thérapeutique des affections de l'œsophage, de la trachée et des bronches et en particulier de la radiumthérapie du cancer de l'œsophage.**

L'auteur rappelle qu'il a été un des premiers à attirer l'attention sur une forme de sténose peu connue et cependant fréquente puisqu'il a pu en réunir plus de 150 cas. Il s'agit des *rétrécissements inflammatoires* de l'œsophage. Ceux-ci, pris communément pour du spasme ou prenant parfois le masque du cancer (pseudo-cancer), affectent deux sièges de prédilection, le cardia et la bouche de l'œsophage. Ces sténoses inflammatoires sont dues à l'œsophagite chronique dont la cause intime nous échappe souvent. Elles affectent deux formes principales, hypertrophiantes ou fibro-cicatricielles. Ces sténoses sont la cause d'une part des *diverticules de l'hypo-pharynx* et d'autre part des grandes dilatations dites idiopathiques sus-cardiaques.

La dilatation progressive et forcée et surtout l'électrolyse circulaire guérissent ces sténoses et du même coup les néo-dilatations pathologiques disparaissent peu à peu.

Les *sténoses congénitales* de l'œsophage dont Guisez a observé 4 cas sont reconnaissables à leur aspect valvulaire, leur siège toujours le même, au voisinage du cardia. Chez trois des malades observés par l'auteur et dont un était arrivé à l'âge adulte (19 ans) l'oblitération était à peu près complète et l'alimentation n'avait pu être qu'exclusivement lactée. Grâce à l'œsophagoscopie il fut possible de sectionner la valvule et de rendre à ces malades une alimentation normale.

Comme affection tout à fait rare l'auteur rapporte une observation d'un angiome du cardia diagnostiqué orophagoscopiquement et guéri par l'application locale du radium.

Le cancer de l'œsophage semble, dans certaines conditions, influencé heureusement par le radium. Chez 80 malades choisis parmi les plus favorables, chez lesquels l'état général était resté bon, Guisez a appliqué localement, à l'aide d'une sonde, des quantités de radium variant de 0,05 à 0,10. Chez tous l'amélioration a été immédiate, la perméabilité plus grande, la déglutition facilitée. L'action est remarquable sur les fétidités et les hémorragies. Dans environ le $\frac{1}{3}$ des cas cette amélioration est de courte durée mais chez les autres elle persiste pendant longtemps. Chez huit la déglutition est restée à peu près normale, depuis trois ans, chez l'un d'eux 2 ans $\frac{1}{2}$, chez un 1 an $\frac{1}{2}$. Chez plusieurs, suivis œsophagoscopiquement, l'aspect cicatriciel de la lésion est très net.

Au point de vue de la trachée et des bronches, l'auteur insiste seulement sur certaines particularités diagnostiques et thérapeutiques que lui a permis la bronchoscopie.

Il a noté certaines malformations trachéales expliquant dans certains cas des phénomènes jusque-là inexpliqués, en particulier la hernie de la paroi extérieure œsophagienne dans la lumière de ce conduit. Plusieurs fois la trachéoscopie fit découvrir des valvules d'aspect nettement *congénital* qu'il fut possible de sectionner et de divulser.

Le cancer primitif intra-trachéal et intra-bronchique est une découverte de la trachéo-bronchoscopie, ces affections n'étaient généralement pas décelées par les signes cliniques ordinaires.

Dans trois cas ainsi diagnostiqués il fut possible, par des injections de solution du sulfate de radium, d'amener une amélioration évidente qui s'est maintenue chez une malade pendant plusieurs mois.

Enfin il est un mode de thérapeutique par action directe qui semble appelé au plus haut avenir : ce sont les injections massives intra-trachéales faites directement par la glotte sous le contrôle du miroir. Il est possible d'injecter sans danger jusqu'à 30 centimètres cubes de liquide actif (huile goménolée, gaïacolée, gaïacolée-iodoformée). L'injection imbibe toutes les bronches et aussi tout le parenchyme pulmonaire, réalisant ainsi un véritable pansement intrapulmonaire (expériences faites sur le chien). Par cette technique l'auteur a pu guérir rapidement des affections à formes particulièrement graves et rebelles, l'ozène trachéal, qui, dans les cas rebelles, cède aux injections de nitrate d'argent, l'asthme bronchique et enfin et surtout la *gangrène pulmonaire*. Sur 8 malades soignés pour des formes gangréneuses particulièrement graves, la guérison est survenue toujours très rapidement et complètement.

BOTELLA (Madrid). — Remarques sur 54 cas de corps étrangers de l'œsophage, de la trachée et des bronches. — Il est du plus haut intérêt de connaître tous les détails concernant la nature, la forme et les dimensions des corps étrangers des voies respiratoires, renseignements que les rayons X ne fourniront pas très souvent. Ces renseignements éclaireront beaucoup de points de clinique. Ainsi par exemple les corps métalliques occasionnent peu de réaction locale, tandis que des morceaux d'os, des noyaux de fruits, des graines sont très souvent septiques; haricots et petits pois sont excessivement dangereux parce qu'ils peuvent gonfler; d'autres, qui sont pointus, peuvent être fixés et occasionner des hémorragies. Dans les corps étrangers de l'œsophage, l'œsophagite et la péri-œsophagite ne sont pas une contre-indication pour l'œsophagoscopie. Chez les enfants il faut s'abstenir de l'anesthésie générale pour la trachéo-bronchoscopie si le corps étranger occasionne de la dyspnée. En l'absence de tout autre symptôme, la toux aboyante, jointe aux anamnestiques, suffit pour faire admettre l'existence d'un corps étranger. Quant à la technique, Botella a indiqué un œsophagoscope spécial. Pas d'anesthésie pour l'œsophagoscopie. Pour la trachéo-bronchoscopie Botella emploie la cocaïne à 10 p. 100 et pour les enfants l'anesthésie au chloroforme sans cocaïne. Botella donne ensuite la statistique des cas opérés par lui. Sur 38 cas de corps étranger de l'œsophage, un seul cas de mort consécutive à une péri-œsophagite, 16 cas concernant les voies respiratoires supérieures. Une seule fois ce corps étranger n'a pas été trouvé. Plusieurs fois, au cours de la trachéoscopie supérieure, la dyspnée était devenue menaçante, à tel point qu'elle a nécessité la trachéotomie. Sur 16 cas, 2 cas de mort, une fois à la suite de pneumonie, une fois à la suite de gangrène du poumon.

KOSCHIER (Vienne). — Sur le traitement opératoire du cancer du larynx. — La statistique personnelle de l'auteur comprend 74 cas dont 21 thyrotomies, 42 laryngectomies, et 11 extirpations totales du larynx. Dans tous ces cas on a fait d'abord la trachéotomie et huit jours plus tard l'opération du larynx. Dans l'hémi-résection du larynx, le résultat au point de vue fonctionnel et esthétique paraît si bon à notre auteur qu'il ne juge pas utile d'employer la plastique de Glück. Cette dernière se recommande particulièrement dans l'extirpation totale du larynx. Koschier exécute la méthode de Glück également en deux temps. Les malades ont tous les avantages : ils savent respirer et espectorer par la canule, la muqueuse

des bronches s'est habituée à la respiration anormale. La laryngofissure n'est recommandable que pour le cancer du larynx au début. Dans les cas bien choisis, le danger de la récurrence n'est pas très grand. Pour l'hémi-résection du larynx, Koschier réserve encore les cas où la tumeur a déjà atteint une partie de l'autre moitié; mais si les $\frac{2}{3}$ du larynx devaient être réséqués, il est préférable d'enlever le larynx en totalité. L'extirpation totale est indiquée aussi pour les cas où le cancer a débuté par l'épiglotte. Quant à la mortalité post-opératoire, 9 malades sont morts au cours des soins consécutifs, dont un cas de thyrotomie, un cas d'extirpation totale du larynx et 7 cas d'hémi-résection. Quant aux résultats obtenus, 48 cas ont été opérés depuis plus de 3 ans. De ces cas 22 peuvent être considérés comme guéris radicalement parce que sans récurrence depuis 3 ans.

HARRIS (New-York). — **Les papillomes multiples du larynx traités par le radium.** — Sur la recommandation de Polyak, le radium a été employé dans le traitement des papillomes. Jusqu'à présent les cas publiés sont rares. Dans le radium nous avons un excellent moyen pour guérir la papillomatose du larynx. Harris rapporte l'observation des 6 cas soignés en Amérique jusqu'à présent par cette méthode. Les cas appartiennent à Abbe et à Freudenthal.

Obs. I. Malade âgée de 30 ans consulte en 1898 pour de l'aphonie et de la toux nerveuse datant de 5 ans. Depuis cette époque on lui a enlevé plusieurs fois des papillomes. Ensuite on lui fait une trachéotomie et une thyrotomie avec d'autres interventions endolaryngées. En février 1907, 20 milligrammes de radium. La malade supporte le tube pendant 2 à 3 minutes seulement, en totalité pendant 20 minutes. Guérison pendant 2 ans. La gêne récidive de la corde vocale droite. Aujourd'hui la malade est entièrement guérie. — Obs. II. Une malade se fait opérer dans le larynx deux fois dans l'année depuis 47 ans pour papillomes. En février 1908 radiumthérapie. Guérison entière sans récurrence. — L'observation III (publiée déjà dans le *New-York medical Record* avril 1912), concerne une jeune fille de 17 ans atteinte de papillomes du larynx depuis 1910. Plusieurs récurrences. Malade aphone, dyspnéique. Trachéotomie et introduction d'un tube contenant 100 milligrammes de bromure de radium dans le larynx qui est gardé 30 minutes. Guérison depuis 2 ans. — Obs. IV. Homme de 34 ans atteint d'une tumeur de la corde vocale gauche et de la commissure antérieure; 15 séances, donnant une totalité de 9 heures, ont amené la guérison.

— Obs. V. Analogue à la précédente. Guérison après 14 heures d'exposition. — Obs. VI. Personnelle à l'auteur, concerne une femme de 43 ans, tumeur en chou-fleur couvrant les deux cordes vocales, le cartilage aryténoïde et les commissures antérieure et postérieure; 100 milligrammes de bromure de radium appliqués pendant 35 minutes. Dans l'espace de 8 semaines, guérison complète. Une autre malade est actuellement en traitement, mais le cas ne peut pas être publié parce que l'examen du larynx est impossible. Dans un autre cas concernant un garçon de 6 ans, l'introduction du tube est si facile que le malade se laisse même obstruer la glotte par le tube. Le résultat n'est pas complet.

Tous les auteurs vantent l'absence de toute réaction désagréable de la radiumthérapie. On ne voit rien à la suite des séances. Le travail de guérison s'accomplit mystérieusement. L'introduction du tube a toujours été faite par voie naturelle. Dans mon cas il n'y a pas eu de récédive depuis qu'on a appris à employer des doses plus fortes de radium.

LOGAN TURNER et HAV BOLTON (Edimbourg). — **Notes sur 50 cas de sécrétion nasale traités par des vaccines.** — Dans tous les cas on a préparé une auto-vaccine. L'index opsonique n'a pas été recherché. On a régulièrement fait une piqûre par semaine et continué les piqûres pendant 6 à 8 semaines. Chaque injection contenait la quantité double de la précédente. Les cas traités concernaient toutes les sécrétions nasales, comme rhinite suppurée, sinusite, ozène. Les auteurs émettent une impression favorable à la vaccinothérapie. Rapportons seulement ce qu'ils disent sur l'ozène. Les 18 cas d'ozène traités par eux étaient tous de type net sauf que quelquefois la fétidité manquait. Dans 8 cas aucun résultat n'a été obtenu. Dans ces 8 cas on avait préparé la vaccine avec le bacillus mucosus ozenæ (Abel) pur dans 3 cas, associé au staphylocoque dans 2 cas, au proteus dans un et au pyocyanus dans un. Dans les 10 cas où il y a eu amélioration nette, le vaccin a été préparé avec une culture pure de mucosus. Même dans les meilleurs cas, il ne nous semble pas qu'on puisse parler de guérison. Quant aux sinusites, les améliorations ont été surtout obtenues dans les cas où la vaccino-thérapie a été employée après les opérations.

F. NEUMANN (Vienne). — **Traitement de la sténose de l'œsophage.** Casuistique concernant une sténose de l'œsophage consécutive à l'ingestion de potasse. Œsophagoscopie. Péri-œsophagite. Pyothorax. Mort.

SECTION D'OTOLOGIE (1)

Séance du 6 Août.

Président : CHEATLE.

Dans son allocution, Cheatle retrace, dans de grandes lignes, l'évolution de l'otologie depuis le moment où le Congrès international de médecine s'est réuni la dernière fois à Londres en 1881. Peu des membres qui ont fait partie du bureau de la section d'otologie à cette époque sont encore en vie et aucun n'assiste au Congrès actuel. Depuis cette époque, l'otologie est devenue une grande science qui démontre son droit à l'autonomie par le grand nombre de communications annoncées. Les relations étroites qui lient l'otologie à la rhinologie ont nécessité l'établissement de séances mixtes dans lesquelles deux grands rapports sont traités en commun.

MOURET (Montpellier), *Rapporteur*. — **La mastoïde chirurgicale.** — Ce magistral rapport qui traite sur plus de 70 pages l'anatomie topographique de l'apophyse mastoïde ne se laisse pas résumer. Une partie est connue des lecteurs français. Le rapporteur délimite d'abord ce que l'on doit entendre par région mastoïdienne chirurgicale. Il décrit six faces. Il est très difficile de dire ce qui est original dans la description d'une région aussi connue, mais l'auteur lui-même dit que la sixième face, la face inférieure, comme il l'appelle, n'est décrite dans aucun livre d'anatomie, malgré qu'elle constitue une des zones les plus importantes de la région mastoïdienne au point de vue pathologique et chirurgical. Mouret s'arrête d'abord à la description de l'apex mastoïdien d'où partent les abcès de Bezold dus à la minceur de la corticale qui se laisse facilement détruire par la suppuration endo-apicale qui se répand alors dans l'espace sous-mastoïdien. Une autre voie qui peut servir de passage à la suppuration de l'oreille moyenne vers la face inférieure de la mastoïde est une zone criblée de petits orifices qui se trouve autour du trou stylo-mastoïdien. D'une façon assez pitto-

(1) Compte rendu par LAUTMANN. — En présentant à nos lecteurs le compte rendu suivant, nous tenons à mentionner spécialement l'amabilité avec laquelle M. le professeur *von Eicken* (Giessen) a mis à la disposition des *Annales* ses notes personnelles prises au Congrès. Nous le prions de trouver ici nos remerciements. (N. D. L. R.)

resque, Mouret appelle le trou stylo-mastoïdien, l'orifice antro-cranien de l'aqueduc de Fallope. Une autre zone importante se trouve entre la rainure digastrique et le sillon de l'artère occipitale qui constitue la majeure partie du triangle digastrique. Du côté de la cavité cranienne, le triangle digastrique correspond à la zone sinusienne et à la zone cérébelleuse. Mouret attire l'attention sur ce voisinage, mais nous ne croyons pas qu'en clinique ce voisinage ait joué, jusqu'à présent, un rôle. Mouret dit que la présence trop fréquente des cavités pneumatiques dans la bulle digastrique serait en rapport avec la thrombose du bulbe de la jugulaire, et, au point de vue chirurgical, la résection du triangle digastrique devra précéder l'ouverture du golfe thrombosé. Au point de vue de la pathologie des périostites sous-mastoïdiennes, au cours des otites moyennes en l'absence de toute lésion osseuse, il faudrait songer à la présence des canaux tels que l'aqueduc de Fallope, le canal de la corde du tympan et aussi aux nombreux canalicules vasculaires déjà mentionnés au pourtour du trou stylo-mastoïdien.

Nos lecteurs connaissent les remarquables recherches de Mouret sur la structure de la région mastoïdienne (*Annales*, février 1913) qui, au point de vue pratique au moins, concordent avec les idées de Cheate. Rappelons que, pour les deux auteurs, la mastoïde scléreuse est scléreuse d'essence et non pas, comme on l'a cru, le résultat d'un état pathologique consécutif aux suppurations des cavités pneumatiques. L'os ne devient pas scléreux parce que la suppuration ne guérit pas, mais, au contraire, la suppuration ne guérit pas parce qu'elle s'est établie dans un os scléreux.

Le rapporteur reprend ensuite la description de l'antre; les lecteurs français devinent à quoi tend le rapporteur quand il montre que l'antre chez le nouveau-né a atteint et sa grandeur et sa situation définitives. Seuls ses rapports avec la surface extérieure de l'os vont changer. Il importe de les connaître pour faire la trépanation de l'antre. Ainsi Mouret a préparé l'auditoire pour lui expliquer la trépanation transpino-méatique.

Une grande partie du rapport est destinée à la description des cellules mastoïdiennes. Nos lecteurs se rappellent encore cette description et les jolies planches par lesquelles Mouret a illustré sa publication faite dans les *Annales*, 2^e livr. 1913. Le rapporteur a brièvement mentionné cette partie dans l'exposé oral. Par plusieurs projections, il a illustré devant l'auditoire les principaux détails anatomiques contenus dans son rapport.

JACQUES (Nancy). — **Le drainage pharyngien des abcès otogènes.**

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXIX, N° 10, 1913. 24

— Les abcès rétropharyngiens otogènes reconnaissent pour origine un triple processus pathogénique :

L'adénophlegmon (10 p. 400 d'après la statistique de l'auteur);

L'effraction du plancher tympanique ou d'une cellule sous-laby-rinthique (44 p. 400) ;

La migration d'un abcès nuchal secondaire à une pachyméningite (46 p. 400).

C'est à élucider le mécanisme de cette dernière variété que s'est attaché l'auteur en partant de deux observations personnelles, contrôlées par des recherches anatomiques (coupes et dissections).

Il s'agit, en pareille circonstance, de suppurations périsinusiennes prolongées, dont le point de départ semble être le plus souvent la région intersinuso-digastrique (Laurens). L'issue de la collection extra-durale paraît se faire par la scissure occipito-mastoldienne ou bien à travers l'écaille occipitale perforée au point le plus aminci (région rétro-condylienne).

Une fois extériorisé, le pus tend à s'infiltrer dans les interstices cellulaires de la nuque, suivant l'artère occipitale et ses nerfs et veines satellites. Sa migration vers le pharynx est entravée par une barrière musculo-aponévrotique résistante étendue transversalement entre la mastoïde et le condyle, et verticalement entre l'apophyse jugulaire de l'occipital et la masse latérale de l'atlas. Elle est constituée de dehors en dedans par l'aponévrose parotidienne, la styloïde et ses muscles, le muscle droit latéral de la tête et son aponévrose, que double en avant la gaine des vaisseaux. Une disposition anatomique un peu exceptionnelle favorise l'issue du pus vers le pharynx : c'est la présence du canal condylien intermédiaire qui ménage à la face externe du condyle, à travers l'aponévrose du droit latéral, un trajet occupé par un canal veineux, anastomosé à l'orifice externe du canal condylien antérieur avec ses plexus de l'hypoglosse.

Considérant la fusée pharyngienne comme un épisode critique à signification essentiellement favorable, parce qu'elle réalise un drainage déclive et permanent d'une collection toujours imparfaitement évacuée par les plus larges débridements pratiqués du côté de la nuque, l'auteur propose d'amorcer cette « heureuse complication » en ruginant avec précaution l'attache au condyle occipital de l'aponévrose du droit latéral.

HOLGER MYGIND (Copenhague). — **La suture secondaire après résection simple de l'apophyse mastoïde.** — Les essais d'abrégier les soins post-opératoires après ouverture de la mastoïde sont restés

jusqu'à présent peu fructueux. La méthode de la suture immédiate après remplissage préalable de la brèche par du coagulum, conseillée par Sprague et exécutée pour la première fois par Clarence Blake, de même la méthode de Passow consistant à couvrir la brèche par deux lambeaux, n'ont pas été suivies.

Mygind a délaissé ces deux méthodes pour employer uniquement la sienne. Voici les règles. On n'emploie pas de teinture d'iode pour l'opération de la mastoïde et on tâche d'obtenir une belle plaie d'incision. On évitera tout ce qui pourra provoquer un eczéma (iodoforme) et à cet effet, on change le pansement tous les jours, quelques jours avant la deuxième opération. Pour éviter l'eczéma, une pâte à l'oxyde de zinc pourra être employée. Le conduit est nettoyé avec du coton tous les jours et on instille une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100. Pour la deuxième opération, la peau est nettoyée avec de la benzine et antiseptisée ensuite avec une teinture d'iode coupée d'alcool aux 2/3 à peu près. Le malade, souvent un enfant, est endormi à l'éther, les bords de la plaie sont curetés, les tissus nécrosés sont enlevés et surtout on fait attention à enlever toutes les parties nécrosées de l'insertion du muscle sterno-cléido. On assèche la plaie avec de la gaze iodoformée et on place un tampon de gaze remplissant entièrement l'antre. On mobilise ensuite la peau du périoste dans un diamètre de 1/2 à 3/4 de centimètres, et on attire ensuite les deux bords de la plaie de façon à coller l'une contre l'autre les deux faces cruentes. Agrafes de Michel. La tête du malade est placée horizontalement, la gaze iodoformée est enlevée et on attend que la cavité se remplisse de sang coagulé. Compression si l'hémorragie est trop forte. Mèche à l'iodoforme dans le méat et pansement. Les agrafes de Michel sont enlevées chez les enfants de 2 à 2 jours 1/2 après l'opération, chez l'adulte le troisième jour. Le pansement est enlevé du cinquième au sixième jour. Souvent il faudra laisser le pansement plus longtemps. Parfois le coagulum suppure; il faut alors ouvrir et drainer. Cependant il ne faut pas toujours se hâter d'ouvrir. Si l'on craint la suppuration du coagulum et s'il y a raison pour ne pas attendre, on peut essayer d'ouvrir une petite partie, d'entrer un stylet et de voir si le stylet peut entrer dans toutes les directions ou s'il n'existe qu'un petit canal de suppuration vers l'antre entouré partout d'une surface élastique. Mygind a essayé sa méthode dans 91 cas depuis 5 ans et demi sur 221 cas de résection simple de l'apophyse mastoïde. La plupart des malades étaient des enfants dont le plus jeune avait 4 mois. Dans la plupart des cas l'affection osseuse était très prononcée, impliquant toute l'apophyse mastoïde. Dans plus de

la moitié des cas, la dure-mère a été exposée et dans un tiers des cas le sinus a été mis à nu. Des complications comme abcès sous-périosté et sous-cutané, abcès périsinués et pachyméningite externe n'ont pas empêché la méthode de réussir, c'est-à dire d'obtenir la guérison par première intention si seulement on attend avec la deuxième opération jusqu'à ce qu'on ait obtenu la formation de bonnes granulations et la disparition de toute inflammation. Les résultats obtenus étaient les suivants. Dans 24 cas (plus de $\frac{1}{4}$) il y a eu suppuration, la plaie a dû être rouverte et la guérison a été obtenue en à peu près 66 jours. Dans un seul cas, Mygind a exécuté une deuxième opération secondaire parce que, chez une fillette de 10 ans, le coagulum est entré en suppuration. Cette fois-ci, la réunion a réussi. Dans 7 cas une légère suppuration a nécessité un drainage. Guérison entre 28 et 40 jours. Dans 24 cas, à cause d'une légère suppuration autour des agrafes, la guérison a demandé 2 semaines à 1 mois à partir du jour de l'ouverture de la mastoïde et 42 cas n'ont demandé que 2 ou 3 semaines pour la guérison complète à partir du jour où la mastoïde a été trépanée. Pour faire comprendre ces résultats, Mygind indique que le temps normal que nécessite généralement le traitement de la trépanation de la mastoïde établi d'après les statistiques de la clinique de Copenhague est de 74 jours. La méthode est en somme un peu délicate. Mygind demande expressément à tous les confrères qui voudraient l'essayer de suivre exactement ses indications.

Discussion.

MOURE rappelle que la méthode de la suture immédiate de la plaie après trépanation de la mastoïde se trouve depuis longtemps décrite par lui et qu'elle est pratiquée régulièrement à la clinique de Bordeaux sans distinction d'âges.

GROHAM-BACON ferme également après antrotomie et est très content des résultats obtenus.

ALEXANDER a également essayé la méthode de la première réunion.

INO KUBO fait la suture depuis longtemps et a publié les bons résultats obtenus dans un mémoire paru en 1910. En 18-20 jours la plaie rétro-auriculaire est entièrement fermée, au lieu de 1 à 6 mois d'après le procédé classique. Ino Kubo fait la résection de la mastoïde sous anesthésie locale. La pointe de la mastoïde est toujours réséquée pour supprimer le « point mort » dans la plaie et parce que les cellules terminales sont presque toujours remplies de pus.

Ino Kubo ne fait pas la suture immédiatement après l'opération, mais seulement après le 1^{er} ou 2^e pansement : 1^o Si les granulations paraissent saines ; 2^o Si le conduit externe est sec ; 3^o S'il n'y a pas de fièvre ; 4^o S'il n'y a pas de complications endocraniennes. La fermeture immédiate après l'opération lui paraît trop risquée.

FERRERI se guide d'après le résultat de l'examen bactériologique. Si le pus contient des staphylocoques et des pneumocoques il ferme de suite ; dans les mastoïdites post-scarlatineuses il ne ferme jamais.

DENCKER déconseille la fermeture primaire ou secondaire de la plaie rétro-auriculaire quand on a dû ouvrir la mastoïde assez tôt au cours de l'otite, parce qu'on ne peut pas, à cette époque, distinguer le tissu sain d'avec le tissu malade. Dans deux cas, fermés prématurément, il a vu la suppuration gagner l'os jusqu'à la fosse cérébrale postérieure.

JACK (Boston) a essayé la fermeture immédiate, mais ses résultats ont été peu encourageants et il est revenu à l'ancienne méthode classique.

MYGIND remercie les auteurs de la part qu'ils ont prise à la discussion et recommande encore une fois de bien choisir les cas auxquels on veut appliquer la méthode de la fermeture primaire ou secondaire.

LOUIS BAR (Nice). — **Ostéomyélite du rocher consécutive à une otite moyenne suppurée chronique.** — Au sujet d'un cas d'ostéomyélite du rocher qu'il relate en entier avec détails, l'auteur appelle l'attention sur la rapidité avec laquelle peuvent évoluer les premières atteintes de cette maladie ; rapidité telle que dans certains cas on assiste à une véritable apoplexie osseuse, capable de frapper de mort l'os en quelques instants ou de le gangrener en quelques heures. Pearson a donné le nom de « Nécrose aiguë des os du crâne » à ces formes d'ostéomyélite, dont la durée générale est cependant de plusieurs jours. En concordance avec les travaux de Stilling et de Guisez, l'auteur fait remarquer la marche progressive que la maladie affecte après la grande attaque initiale. Mais tandis que ceux-là fixent l'attention sur la marche serpentineuse de la maladie à travers le diploé des os plats craniens, il appelle l'attention sur la marche de la maladie qui, par voie diploétique et vasculaire, gagne en profondeur les tissus sous-duraux, et les organes vasculo nerveux du rocher, occasionnant le plus souvent une issue fatale que les délabrements opératoires les plus étendus n'ont pu conjurer faute d'avoir pu suffire à enrayer l'infection.

Séance du 7 août.

HOLGER MYGIND (Copenhague), *Rapporteur*. — **La pathologie de la surdi-mutité acquise.** — La dénomination de surdi-mutité acquise s'applique seulement aux cas où la surdi-mutité est apparue après naissance. Le rapporteur, malgré des études personnelles, ne pouvait faire autre chose que collectionner ce que les différents observateurs ont écrit au point de vue de l'anatomie photologique. Les documents ne sont pas très nombreux si on tient compte seulement des publications dans lesquelles on voit que de graves lésions anatomiques n'ont pas été omises et des publications dans lesquelles il n'y a pas contradiction trop manifeste entre la trouvaille anatomo-pathologique et l'histoire clinique du cas. Le rapporteur a trouvé une partie de son travail déjà faite dans la publication éditée par Dencker, au nom de la Société allemande d'otologie, *die Anatomie der Taubstummheit*. Les autres observations dans lesquelles Mygind a puisé sont, pour la plupart, citées dans le texte. Pour un instant Mygind s'arrête pour refuser tout essai de classification de la surdi-mutité proposé jusqu'à présent. Du reste, au point de vue anatomo-pathologique, une pareille division n'est pas permise, et, si nous avons bien compris le rapporteur, nous croyons pouvoir dire que l'aspect macro et microscopique d'une oreille provenant d'un sourd-muet ne permet pas de dire quelle est la nature clinique de la surdi-mutité : scarlatine, rougeole, syphilis, méningite, etc., toutes ces affections donnant sous le microscope la même image. Un autre fait qui doit être souligné est que, dans aucun cas de surdi-mutité, le labyrinthe, c'est-à-dire sa partie membraneuse, n'a été trouvé intact. En d'autres termes, les lésions de l'appareil de transmission seules ne conduisent pas à la surdi-mutité. Bien entendu, l'oreille moyenne se trouve très souvent lésée (34 fois sur 75 os pétreux examinés). Ceci correspond à ce que la clinique nous enseigne, à savoir : que la surdi-mutité n'a pas seulement une cause tympanale, mais aussi une cause cérébrale. La plus large contribution à cette dernière est apportée par la méningite cérébro-spinale. En dehors de cette maladie infectieuse, le rapporteur n'a pu trouver qu'un seul cas de surdimutité due à une labyrinthite post-infectieuse. C'est le cas de Nager, de surdi-mutité survenue au cours d'une méningite après rougeole. Nous attirons l'attention sur le fait que le rapporteur n'a pu trouver aucun cas de surdi-mutité acquise d'origine toxique.

Quand la surdi-mutité est d'origine tympanale, il est presque

impossible de trouver le chemin par lequel l'inflammation a gagné l'oreille interne. Ceci n'étonne pas si l'on songe au long intervalle entre l'accident et l'examen *post-mortem*. C'est la cause pour laquelle on ne trouve pas dans ces cas les signes de fistule. Mygind en donne une autre raison. La surdi-mutité survient presque toujours après des suppurations aiguës de l'oreille moyenne, tandis que les fistules s'observent généralement au cours des suppurations chroniques. On trouve souvent des lésions autour des fenêtres. Généralement il s'agit d'une occlusion osseuse, mais cette constatation est loin d'être la règle.

C'est le labyrinthe qui offre les lésions les plus intéressantes, qui, depuis le limaçon jusqu'aux canaux semi-circulaires vont à peu près d'une fréquence descendante. Le vestibule est peut-être la partie la moins souvent atteinte. Au point de vue macroscopique, seuls les canaux semi-circulaires sont à peu près aussi souvent atteints que le limaçon. Au point de vue microscopique cependant, le labyrinthe antérieur a été trouvé toujours lésé quand le labyrinthe postérieur ne l'était pas. Dans les cas les plus prononcés, il s'agit d'un véritable tissu osseux de néoformation qui quelquefois diminue la lumière des cavités, quelquefois même la supprime tellement qu'on a même parlé d'absence de l'une ou l'autre partie du labyrinthe. Cette constatation de Mygind est importante à retenir parce qu'un des principaux caractères différentiels de la surdi-mutité congénitale a été précisément la constatation de l'absence de l'une ou l'autre partie du labyrinthe. En dehors de la transformation osseuse, on peut naturellement trouver d'autres lésions macroscopiques, comme par exemple dépôt fibreux, destruction complète du limaçon membraneux, etc. Ces constatations devraient évidemment céder la place aux constatations microscopiques. Malheureusement nos connaissances sur ce sujet sont imparfaites et, on peut dire, tout à fait douteuses malgré les plus belles descriptions faites par différents auteurs. Bruhl est surtout très réservé sur ce point. C'est la raison pour laquelle nous ne rapportons pas ce que Mygind en dit d'une façon tout à fait succincte du reste. Sur un point presque tous les auteurs sont d'accord, c'est que le nerf acoustique est, pour ainsi dire, très rarement lésé dans la surdi-mutité et encore seulement partiellement. Mygind a déjà constaté, il y a 22 ans, que le nerf acoustique n'a pas une tendance à l'atrophie par inactivité. En résumé, l'auteur dit que la pathologie de la surdi-mutité acquise se confond en réalité avec la labyrinthite infantile.

DENKER (Halle), *Rapporteur*. — **La pathologie de la surdi-mutité congénitale.** — Ce rapport très documenté paraîtra dans la *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*. Nous aurons occasion de l'analyser. Aujourd'hui nous rapportons seulement quelques idées directrices. Le rapporteur explique pourquoi il maintient encore la classification de surdi-mutité congénitale et de surdi-mutité acquise après naissance. Il considère comme surdi-mutité innée ou congénitale tous les cas dans lesquels les troubles se sont développés pendant la vie intra-utérine. Ces cas peuvent être : 1° Des cas d'origine inflammatoire (syphilis intra-utérine, méningo-encéphalite); 2° Des cas d'anomalie congénitale. Dans ce groupe, Denker range aussi le crétinisme ou la surdi-mutité endémique d'après Hammerschlag. Il range aussi ici les cas que Hammerschlag appelle les formes sporadiques de la surdi-mutité constitutionnelle et qu'on retrouve dans les familles tarées par l'hérédité et par la consanguinité. Siebenmann a scindé ce groupe de la façon suivante : 1° Cas avec aplasie du labyrinthe total; 2° Cas dans lesquels les labyrinthes osseux et membraneux sont conservés mais dans lesquels l'épithélium est dégénéré plus ou moins. Cette dégénérescence de l'épithélium peut se cantonner sur la membrane basilaire seulement ou s'étendre sur tout l'épithélium sensoriel. Siebenmann pousse le démembrement de ce groupe encore plus loin, mais le rapporteur ne croit pas qu'on puisse maintenir cette division de Siebenmann depuis que le nombre des cas qui n'y trouvent pas place a tellement augmenté. Ensuite Denker rappelle les caractères de ces différents groupes en s'appuyant sur les publications faites par Siebenmann, Denker, Alexander, Oppikofer, Manassé.

Discussion.

CASTEX croit que la majorité des cas de surdi-mutité est d'origine congénitale. Il insiste sur la difficulté qu'on rencontre à Paris pour faire les recherches anatomo-pathologiques de ces cas. Dans les quelques autopsies qu'il a pratiquées, il a trouvé des altérations dans le lobe temporal et il croit que ces altérations ont une cause intra-utérine. Castex ne croit pas qu'on puisse incriminer la syphilis aussi souvent qu'on le fait. Le larynx des sourds-muets est toujours normal et on pourrait, par des exercices systématiques, modifier le timbre connu de la voix des sourds-muets.

UCHERMANN conseille l'examen fonctionnel complet dans tous les cas de surdi-mutité pour se rendre compte de la grande part qu'ont les lésions de l'oreille moyenne dans cette surdité.

BRUHL présente les coupes intéressantes d'un cas de surdi-mutité montrant l'hypérostose totale de l'os pétreux.

KUMMEL attribue à la syphilis héréditaire un très grand rôle dans l'étiologie de la surdi-mutité, ainsi qu'on peut s'en convaincre en faisant systématiquement la réaction de Wassermann chez tous les sourds-muets.

ALEXANDER rappelle qu'il a démontré qu'en général, dans les formes congénitales, les lésions frappent surtout l'appareil cochléaire tandis que l'appareil vestibulaire est relativement bien conservé. Dans les formes acquises, la destruction de toutes les parties du labyrinthe est plus prononcée et plus régulière.

SPIRA est convaincu qu'il existe une disposition héréditaire non seulement pour la surdi-mutité mais pour la majorité de toutes les otopathies.

MYGIND croit que les altérations du lobe temporal rencontrées par Castex, dans les cas de surdi-mutité, doivent être dues à des altérations post-mortales ou artificielles.

KUMMEL (Heidelberg). — **Le traitement des bruits subjectifs de l'oreille.** — Au risque de provoquer l'opposition la plus violente, Kummel est obligé de donner libre cours à sa conviction que chaque traitement spécial dirigé contre les bourdonnements d'oreilles constitue un tort systématique qu'on fait subir aux malades. Le seul traitement rationnel consiste à enseigner aux malades à s'arranger avec leurs bourdonnements, exception faite pour les otopathies que l'on peut guérir et qui, en disparaissant, débarrassent les malades de leurs bourdonnements. Pour expliquer sa thèse, Kummel a choisi la forme tout à fait originale d'un discours entre médecin et malade. Il nous montre ce qui se passe généralement dans un cas, vulgo appelé otosclérose, où le malade vient consulter, non pas pour la surdité, mais pour les bourdonnements. Il montre comme ces pauvres malades ayant subi tous les traitements, quelquefois avec un semblant d'amélioration suivi toujours par un retour des bourdonnements, sont enclins à mettre tous leurs troubles nerveux sur le compte de leurs bourdonnements. Ils ne peuvent ni lire, ni travailler, ne peuvent surtout pas dormir à cause de leurs bourdonnements, disent ces malades; et par-dessus tout, ces bourdonnements les effrayent parce qu'on leur aurait dit que l'otopathie progresserait tant que dureraient ces bourdonnements. A tout ceci, Kummel leur répond qu'il y a des gens qui ont des bourdonnements d'oreilles avec une excellente ouïe et d'autres qui sont sourds sans bourdonnements. Nous ne savons pas à quoi sont dus

ces bourdonnements et nous ne pouvons rien dire sur leur rapport avec la maladie. Près de l'os dans lequel l'appareil auditif est situé, tant de vaisseaux et de grands vaisseaux passent qu'il est étonnant que nous ne soyons pas tous plus souvent molestés. Du reste, Zwaardemacker qui, avec mille difficultés, a construit une chambre sans bruit a été péniblement surpris d'entendre, dans cette chambre, les bruits insoupçonnés d'une chute d'eau. Les bruits habituels externes ayant disparu, Zwaardemacker a de suite entendu des bruits auxquels il ne prêtait pas attention. Du reste, n'arrive-t-il pas au bourdonnant de ne pas entendre pour un certain temps au moins ses propres bourdonnements si un spectacle, si une conversation intéressante attire son attention. Le bourdonnant n'a-t-il pas remarqué que ces bourdonnements augmentent à la suite d'une émotion, d'une excitation, d'une dépression psychique. Alors le malade ne manque pas de demander : Tous ces bourdonnements n'ont donc rien de pathologique ? Non, répond Kummel, qui de la façon de Socrate a amené son malade à ce point pour pouvoir lui dire : les bourdonnements n'ont rien de pathologique, ce qui est pathologique, c'est que vous les entendiez. Délaissant le tour dialogué de sa communication, Kummel dit que pour le traitement des bourdonnements, il nous faut savoir que des hommes sains, avec oreille normale et système nerveux normal, peuvent avoir des bourdonnements d'oreille souvent et même constamment (par exemple le physiologiste Stumpf) sans en être nullement gênés. A côté de ces sujets normaux, nous en trouvons d'autres qui, avec une oreille normale, souffrent beaucoup de leur bourdonnements. Si nous sommes obligés d'admettre que les bourdonnements d'oreilles chez les sujets normaux sont de nature neurasthénique, il est évident qu'on peut admettre la nature nerveuse de ces bourdonnements accompagnant les otopathies, puisque les mêmes otopathies se voient sans bourdonnements. Que prétendons-nous faire avec un traitement spécial contre les bourdonnements, et comment espérons-nous améliorer une audition en dirigeant un traitement contre les bourdonnements ? Quant au traitement psychique, le seul admissible dans les cas que Kummel a en vue, il dépend autant du médecin que du malade.

Discussion.

NEUMANN et HALASZ insistent sur l'action bienfaisante du régime dans le traitement des bourdonnements.

SPIRA accepte les opinions de Kummel et est convaincu de la

nature psychogène des troubles occasionnés par les bourdonnements d'oreilles.

BAR distingue entre les bruits entotiques et ectotiques de l'oreille. Les bruits ectotiques peuvent être ou d'origine congestive ou d'origine anémique. Le traitement est variable.

SCOTT accepte également l'origine psychogène pour une partie des bourdonnements. Il croit qu'il existe des bourdonnements si violents et si tenaces qu'on est en droit d'envisager pour ces cas soit la section du nerf auditif soit la labyrintectomie.

ALEXANDER est tout à fait de l'opinion de Kummel en étendant ces vues aussi sur le vertige accompagnant ces bourdonnements. Il est ennemi de tout traitement opératoire grave dirigé contre ces deux symptômes subjectifs.

KUMMEL ne croit pas qu'on puisse, ainsi que le veut Neumann, établir un traitement rationnel sur des hypothèses.

GORDON WILSON et PIKE (Chicago). — **Le mécanisme du nystagmus labyrinthaire et ses modifications par les lésions du cervelet et du cerveau.** — Dans ce travail, les auteurs résument un grand nombre d'expériences tant récentes qu'anciennes. Ainsi se fait-il que par endroits ils nous rapportent des faits aujourd'hui classiques. Ce qui nous paraît surtout intéressant dans leur travail est l'étude très approfondie qu'ils font sur l'origine de la phase rapide du nystagmus. De nombreuses expériences leur ont montré que la phase rapide du nystagmus ne peut pas naître dans le cervelet. Sur le chien et le chat, ils sont arrivés à supprimer la phase rapide du nystagmus après destruction totale du cerveau, y compris les corps striés et le thalamus. En résumant un grand nombre d'expériences, les auteurs affirment que la complète destruction de l'hémisphère cérébral du côté de la phase lente du nystagmus supprime presque entièrement la phase rapide du nystagmus, tandis que la destruction complète de l'hémisphère cérébral du côté vers lequel la phase rapide du nystagmus est dirigée n'a pour ainsi dire aucune action sur ce mouvement rapide. Nous avons, pour faciliter le résumé de cette communication, supprimé tout ce qui nous a paru trop hypothétique. De même, supprimé toutes les idées de Sherrington sur l'action de la sensation musculaire née par le déplacement des muscles de l'œil et sur la participation à la genèse de la phase rapide du nystagmus. Ces recherches sont d'ordre trop physiologique pour intéresser les otologistes.

BARANY (Vienne). — **Le développement clinique du complexus**

syndromatologique décrit par Bârány. — Il ne s'agit pas d'une nouvelle maladie, mais seulement d'un complexus syndromatologique qu'on peut voir à la suite des affections les plus différentes, aussi bien à la suite d'une grippe que d'une otite simple ou d'une radicale, etc. Il ne faut même pas qu'il y ait une cause otologique, et ainsi, comme Bârány a pu en observer jusqu'à présent, dans l'espace de 4 ans, 40 cas, ce complexus syndromatologique est aussi intéressant à connaître pour le médecin que pour le neuropathologiste et l'otologiste. Bârány a déjà fait plusieurs publications sur ce sujet; les *Annales* en ont analysé quelques-unes. Il s'agit d'un complexus syndromatologique provoqué, d'après l'hypothèse de Bârány, par une augmentation de la pression du liquide cérébral dans un endroit circonscrit de la fosse cérébrale postérieure, qu'on appelle la cisterna pontis lateralis, partie de l'espace sous-arachnoïdal, qui correspond à peu près à l'endroit où se localisent de préférence les tumeurs ponto-cérébelleuses. Ces symptômes sont les suivants : 1° Attaques de vertige avec nystagmus; 2° Nausées et vomissements; 3° Bourdonnements d'une oreille; 4° Diminution de l'audition de cette oreille; l'examen fonctionnel montre qu'il s'agit d'une affection de l'oreille interne; 5° Diplacousie (rare); 6° Diminution de la réaction calorique; 7° Céphalée derrière l'oreille malade; 8° Sensation de pression dans l'oreille; 9° Sensibilité de l'apophyse mastoïde, surtout dans la région du trou émissaire; 10° A l'épreuve de l'index, déviation du côté malade dans le carpe, la main tenue en bas et en dehors; 11° Absence du mouvement réactionnel en dedans, la main tenue dans la position sus-mentionnée. Nous pourrions ajouter, comme douzième symptôme, la variabilité de la syndromatologie, la fugacité des symptômes et leur apparition par attaques. Pendant une attaque, l'audition peut être totalement supprimée et revenir totalement après l'attaque, même au bout de plusieurs mois, ainsi qu'en fait foi une des observations de Bârány.

Nous n'avons pas reproduit la façon lente dont le travail synthétique s'est fait dans l'esprit de Bârány et qui constitue une grande partie de sa communication. Personnellement, nous ne croyons pas encore que la réalité de la base anatomo-pathologique soit démontrée malgré quelques cas guéris opératoirement et qui plaident fortement en faveur de l'hypothèse de Bârány. Bârány lui-même dit que dans la région incriminée passent le facial, l'abducteur, le glosso-pharyngé et le pneumo-gastrique. Tous ces nerfs paraissent rarement affectés, tout au moins les quelques cas que Bârány rapporte ne présentent pas de lésions de ces nerfs. Bârány met la

céphalée sur le compte de la compression des nerfs récurrents intracrâniens du pneumo-gastrique.

En tout cas, tel qu'il est, ce complexe symptomatologique est très intéressant parce qu'il pourrait, vu la grande fugacité avec laquelle il vient et disparaît, fugacité qui permet à un malade, montrant des symptômes cérébraux les plus graves, de se guérir parfois, comme nous le verrons tout à l'heure en parlant de la thérapie par l'absorption d'alcool, induire le médecin, non prévenu, à croire qu'il s'agit d'hystérie ou de neurasthénie. Or, ici, notre rôle d'otologiste devient très important, nous pourrions prouver en démontrant la diminution de l'audition, l'existence des accès de nystagmus et les irrégularités des mouvements réactionnels, la diminution de l'excitabilité calorique, que nous avons quelques symptômes devant nous qui, eux au moins, ne peuvent pas être d'origine hystérique ni neurasthénique.

Il nous faut connaître ce curieux complexe symptomatologique parce que nous trouvons, dans les quelques observations que rapporte Bârány, un nombre relativement grand de vrais otopathes et surtout de malades opérés de radicale et de labyrinthite, chez lesquels la question d'une complication grave de l'endocrâne se pose. Le complexe symptomatique de Bârány n'est pas, nous l'avons dit, toujours d'origine univoque et, en ce sens, permet et un pronostic variable et un traitement variable. Le traitement doit tendre à déchirer ou à séparer les coalescences ou à vider les poches lymphatiques et, comme une observation de Bârány le montre, à vider de véritables kystes. Le traitement médical par l'atropine, le lactate de chaux, est conseillé par Bârány. Une observation que nous trouvons dans le texte de Bârány nous montre qu'une bonne prise d'alcool a débarrassé une malade de ses attaques, l'alcool ayant amené une augmentation de la pression sanguine. La ponction lombaire devrait être essayée quand le traitement médical a échoué. Babinsky, sans connaître ce complexe de Bârány avait le premier signalé, dans un travail connu de nos lecteurs (paru dans *Annales*, 1904), l'action marquée de la ponction lombaire contre le vertige, les bourdonnements et la surdité. Conseillée comme traitement de l'otosclérose, la ponction lombaire a été vite rejetée. Bârány la recommande comme excellent moyen dans son complexe. Les résultats seront d'autant meilleurs que la première réaction sera une augmentation de tous les troubles ressentis par le malade et surtout une augmentation de la céphalée. Dans un cas de Bârány, le malade, à la suite de la ponction lombaire, a été pris d'une telle céphalée avec vomissements et vertige continuant pendant 6 jours

que Bârány a dû procéder à une mise à nu de la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure. L'effet de cette opération a été étonnant. Céphalée, vomissements et vertige ont disparu immédiatement. Cette dernière observation nous montre que la ponction lombaire seule ne suffira pas pour guérir tous les malades et que quelquefois des interventions plus étendues seront nécessaires.

FERRERI (Rome). — **Contribution à la chirurgie de l'otite moyenne supprimée.** — Ferreri explique dans quelles conditions il faut avoir recours à la chirurgie intra-tympanale. Le nombre des cas se prêtant à cette chirurgie paraît à Ferreri très restreint. Personnellement il a dû souvent opérer par des interventions larges des malades qui avant lui ont été traités par des procédés conservateurs intra-tympaniques. Il présente des coupes montrant les affections des osselets. Toutes les préparations proviennent d'osselets raménés par ouverture large de l'oreille moyenne.

Discussion.

CHEATLE a exécuté l'ossiculotomie dans de nombreux cas. Les résultats ne l'ont pas satisfait.

DENCH est également très réservé sur les indications des opérations intra-tympanales et conservatrices.

JANSEN au contraire considère l'opération conservatrice comme une excellente opération dans des cas bien choisis.

WEST a constaté que les enfants deviennent généralement sourds de l'oreille opérée radicalement.

NEUMANN a constaté également que les malades entendent moins bien après la radicale.

SÉGURA (Buenos-Ayres). — **Le traitement post-opératoire après la radicale.** — Pour faciliter le traitement post-opératoire, Ségura conseille : 1° Faire l'ouverture dans le conduit aussi large que possible. A cet effet, il faut exécuter la plastique de Körner ou de Siebenmann; 2° Il faut veiller à ce que les mèches de gaze ne laissent pas de fils dans la plaie. Ces fils pourraient former des corps étrangers et occasionner une irritation de la plaie. Il faut changer le pansement le plus souvent possible; 3° Pour fermer la trompe, Ségura conseille la cautérisation de la trompe par le naso-pharynx.

Séance du 8 août.

Les méthodes et les résultats du traitement des maladies de la gorge, du nez et de l'oreille par le Salvarsan et les autres composés arsenicaux. — (Conjointement avec la section de laryngologie; le président de la section de Laryngologie a présidé. Voir le compte rendu de la section de Laryngologie)

G. BRÜHL (Berlin). — **L'otosclérose et la spongieuse de l'os pétreux.**
— Brühl essaye de donner un résumé sur les altérations anatomiques de cette maladie qui, dans un grand nombre de cas, conduit à l'ankylose stépédienne et que la grande majorité des otologistes qualifient du nom d'otosclérose. On peut voir : 1° Des altérations dans l'os qui se trouvent loin de la fenêtre ovale et qui, en conséquence, n'ont aucune relation avec l'articulation stépédienne; 2° Des altérations dans l'os situées régulièrement sur le bord antérieur de la fenêtre, ovale, et 3° Des altérations qui causent l'ankylose stépédienne. Seules ces dernières altérations de l'os qui, peuvent être ou isolées ou combinées avec les deux premières, peuvent être diagnostiquées. En examinant de près la fenêtre ovale, on verra que l'anneau de l'étrier est plus large au pôle antérieur de la fenêtre et qu'il se trouve dans le voisinage immédiat du muscle tenseur du tympan. C'est dans cette partie que nous trouvons un lieu de prédilection pour l'altération de l'os et il est possible de croire que le frottement du tendon du muscle sur la partie antérieure de l'anneau en soit la cause. Si l'altération de l'os a amené l'ankylose stépédienne, on peut cliniquement la diagnostiquer à condition qu'il n'y ait pas en même temps une atrophie du labyrinthe. Brühl montre trois préparations provenant de deux sujets morts jeunes, chez lesquels il a pu diagnostiquer l'ankylose stépédienne *intra-vitam*. Dans ces cas typiques, la lésion s'était localisée pour ainsi dire classiquement.

Pour montrer la nature intime du processus, Brühl fait défiler un grand nombre de projections. Dans une préparation, on voit comment le tendon du muscle tenseur a pris des attaches avec le foyer hyperostotique près de la fenêtre ovale. Un agrandissement de la même préparation nous montre que dans ce cas typique d'otosclérose l'organe de Corti est encore complètement intact. Sur une autre préparation, on voit une partie limitrophe entre l'os normal et l'os malade. On reconnaît comment les vaisseaux entourés des parois épaissies osseuses, se prolongent comme des

doigts dans l'os normal et à côté comment le processus hyperostôïde, grâce à des ostéoklastes, fait son irruption dans l'os normal qu'il usera d'abord pour le remplacer ensuite par un tissu spongieux. Brühl dit que l'action mécanique seule est insuffisante et qu'à côté il y a encore une transformation chimique de l'os normal. Plusieurs préparations nous montrent la résorption lacunaire de l'os. Brühl termine en disant qu'il espère avoir montré qu'il existe une maladie *sui generis* justifiant une dénomination spéciale — otosclérose en l'espèce — et que cette maladie peut être diagnostiquée dans les cas typiques. Brühl croit qu'il existe une prédisposition héréditaire pour cette maladie.

Discussion.

VON EICKEN est sceptique quant aux explications de Brühl concernant la pathogénèse de l'otosclérose. Brühl ne nous explique pas, par sa théorie, l'apparition des foyers de spongieuse qu'on voit parfois établir loin de la fenêtre ronde. Ces foyers ne diffèrent pas, au point de vue histologique de ceux rencontrés dans la région de la fenêtre ovale et de la plaque de l'étrier.

GRAY rappelle ses publications sur ce sujet. Le problème de l'otosclérose n'est pas encore résolu. Gray croit que les études philogénétiques et biologiques s'étendant sur toute la ligne des vertébrés nous permettront de mieux saisir la nature de ce processus. Il est ennemi des interventions opératoires dans l'otosclérose.

NEUMANN (Vienne). — **L'otosclérose et l'otite adhésive.** — Neumann nous donne un aperçu rapide sur la clinique de ces deux affections et s'arrête particulièrement aux théories de Siebenmann et de Manassé sur l'otosclérose. Il est d'avis de maintenir la dénomination d'otosclérose pour le moment. A l'appui de ses explications, Neumann a fait passer sur l'appareil à projections un très grand nombre de coupes histologiques.

JENKINS (Londres). — **Otosclérose.** — L'otosclérose et la surdité par l'oreille moyenne ont cliniquement beaucoup de points de contact. Mais les différences sont également très marquées. Le Rinne est négatif avec un degré moindre de surdité dans l'otosclérose que dans l'otite moyenne adhésive. Quand le Rinne est négatif dans l'otosclérose, il l'est nettement et le malade n'hésite pas dans ses réponses. De même avec le Weber; il faut seulement qu'on ait affaire à une otosclérose unilatérale à ses débuts. Dans

ces cas, le malade n'hésite pas et localise le Weber avec bien plus d'assurance que dans l'otite. Tout ceci prouve que la conduction osseuse est plus prononcée dans l'otosclérose que dans l'otite. Mais bien plus, l'auteur a osé aussi l'hypothèse que, dans l'otosclérose, l'endolymphe est plus dense et contribue également à la meilleure conduction osseuse. Ce changement de la qualité de l'endolymphe expliquerait également l'existence de la paracousie qui est un important signe différentiel entre les deux maladies. La paracousie ne peut pas s'expliquer par la fixation de l'étrier. Jenkins est d'avis que les altérations de la fenêtre ovale et de la capsule du labyrinthe sont des phénomènes secondaires dus à une modification de l'endolymphe.

J. MOLINIÉ (Marseille). — **Nouveau mode de traitement de l'ankylose des osselets.** — Ce procédé repose sur l'application aux lésions articulaires de la chaîne des osselets du principe des *tractions continues* et du *massage mécanique*.

On l'exécute de la façon suivante : après une paracentèse du tympan, on saisit l'osselet qui doit faire l'objet du traitement, avec un petit crochet en or, fixé à un fil d'acier très fin. La traction est exercée sur le fil au moyen d'un coussinet pneumatique prenant son point d'appui sur le pavillon et que l'on gonfle plus ou moins suivant l'intensité de l'effort à produire. Cette intensité d'effort est mesurée par un manomètre indicateur de pression. Le degré de traction voulu étant atteint, on laisse l'appareil en place pendant plusieurs jours au cours desquels la structure de l'osselet cède peu à peu et finit par être tout à fait vaincue.

Pour pratiquer le massage mécanique des osselets, on n'a qu'à mettre le coussinet pneumatique en communication avec une pompe, actionnée électriquement et dont on a, au préalable, déterminé l'intensité d'action suivant la course du piston et la vitesse du moteur.

Il est à remarquer que le massage s'exerce directement sur l'osselet et par là est beaucoup plus actif que lorsqu'il s'exerce sur la membrane du tympan.

On peut, en outre, au moyen d'une vis micrométrique montée sur un trépied mesurer avec précision le degré de mobilité atteint par l'osselet.

Ce mode de traitement de l'ankylose ossiculaire peut convenir à certaines formes d'otosclérose peu avancées, dans lesquelles la lésion est localisée à l'articulation stapédo-vestibulaire, mais il est particulièrement indiqué dans les otites adhésives ou dans les

otites cicatricielles parce que les reliquats d'inflammation ou de suppuration restent à peu près toujours limités à la caisse du tympan.

Discussion.

MAURICE croit que de pareils essais thérapeutiques sont inutiles. A leur place il recommande sa méthode par la rééducation (voir *Revu hebdom. de laryngol.*, etc. nos 15, 16, 17, 1913, et autres publications).

Séance du 9 Août.

ALEXANDER (Vienne). *Rapporteur.* — **Sur les labyrinthites non suppurées.** — Nous regrettons de ne pas posséder le rapport in extenso et de ne pouvoir donner qu'un résumé mis aimablement à la disposition des *Annales* par le rapporteur. Alexander parle d'abord des anomalies congénitales du labyrinthe et indique les symptômes cliniques de la surdité congénitale. La symptomatologie n'a été étudiée que dans ces dernières années. Il passe ensuite à la description de la surdité qu'on observe dans le crétinisme. La province de Styrie (Autriche) lui a fourni un grand nombre de ces malades. La surdité du crétin doit être distinguée de la surdité constitutionnelle endémique.

Le rapporteur range parmi les traumatismes de l'oreille interne la surdité labyrinthique professionnelle. Il résume les publications expérimentales qui s'occupent de cette question et qui, dans ces dernières années, nous ont si bien fait comprendre la nature de la surdité professionnelle. Ces expériences ont permis d'instituer une prophylaxie raisonnable. En traitant des affections du labyrinthe dues aux maladies du sang et des organes hématopoétiques, Alexander s'appuie sur des recherches personnelles tant cliniques qu'histologiques, faites sur des labyrinthes provenant des cas de leucémie, chlorome, lymphosarcome, etc. L'oreille interne participe à un grand nombre d'affections du cerveau, de la moelle et des névroses. Pour comprendre les affections toxiques de l'oreille interne dues à la quinine, l'acide salicylique, l'arsenic, le plomb, l'alcool, la nicotine, le radium, les recherches expérimentales nous ont fait faire un grand pas. Des études cliniques et anatomiques de ces dernières années ont attiré l'attention sur les labyrinthites au cours de l'artériosclérose généralisée. Auparavant l'importance et la fréquence de cette forme de labyrinthite a

été méconnue. Au cours des maladies infectieuses aiguës, nous voyons des labyrinthites apparaître. Leur description, avec celle des labyrinthites secondaires non suppurées, forme un chapitre spécial. Une importance toute particulière ont dans la pratique les labyrinthites qui se développent d'une façon insidieuse au cours des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, et à la suite de l'otite adhésive. Ces labyrinthites peuvent diminuer d'une façon considérable le pouvoir auditif et conduire même à la surdité complète.

Le rapporteur montre les lésions histopathologiques en faisant passer par l'appareil à projections une série de 110 coupes microscopiques. En présentant ces préparations, Alexander montre quelles sont les lésions réellement dues à la maladie et quelles sont les modifications dues aux altérations *post-mortem* qui, surtout dans le labyrinthe, sont si fréquentes et si rapides. Les recherches cliniques modernes, surtout l'examen fonctionnel, permettent aujourd'hui de reconnaître les labyrinthites suppurées.

ALEXANDER rappelle les mérites inoubliables de Ménière dans les recherches des affections de l'appareil de l'oreille interne qui, dernièrement, ont été facilitées par l'introduction d'une nouvelle méthode d'examen.

VON EICKEN (Giessen), *Co-Rapporteur*. — **Les affections non suppurées du labyrinthe.** — La pathogénèse et les manifestations cliniques des affections non suppurées de l'oreille interne sont très variables. Il est enfin temps de supprimer l'expression de *complexus symptomatologique* de Ménière. La dénomination de maladie de Ménière devrait être réservée seulement pour les cas où les troubles cochléaires et vestibulaires ont apparu de façon apoplectiforme à la suite d'une hémorragie dans le labyrinthe. Le rapporteur décrit ensuite les lésions professionnelles de l'acoustique comme on les voit chez les forgerons, conducteurs de locomotives, etc., et il donne en détail la description de l'examen histologique de ces lésions. Les dernières recherches expérimentales ont montré avec grande probabilité que l'action nocive du bruit se fait uniquement par voie aérienne et non par voie osseuse, d'où la conclusion prophylactique pour l'homme que seule l'exclusion des ondes aériennes peut préserver contre les lésions professionnelles de l'acoustique. Un chapitre à part est consacré aux altérations de l'appareil auditif qu'on rencontre chez les téléphonistes. Von Eicken s'arrête à l'étude des théories très différentes qui ont actuellement cours au sujet de l'otosclérose. Quant aux traumatismes de l'oreille interne, le Rapporteur s'ap-

puie surtout sur le livre de Passow, tout en tenant compte des dernières publications sur ce sujet. Il garde entièrement son scepticisme vis-à-vis des propositions thérapeutiques faites pour des interventions plus larges dans les cas de grands traumatismes de l'oreille. Des considérations spéciales sont consacrées à l'étude de la labyrinthite séreuse. Von Eicken étudie surtout les différentes causes qui peuvent amener une irritation du labyrinthe au cours d'une otite suppurée. L'étude de la labyrinthite séreuse faisant le trait d'union entre les suppurations du labyrinthe et les affections non suppurées de l'oreille interne conduit le rapporteur à l'étude du symptôme de la fistule et surtout du nystagmus par compression. Il est entièrement de l'avis de Scheibe que le symptôme de la fistule, en lui seul, n'est pas une indication pour l'ouverture du labyrinthe. Enfin le rapporteur étudie les lésions de l'oreille interne qui se développent au cours des maladies constitutionnelles et au cours des maladies infectieuses et à la suite des intoxications. En terminant, le rapporteur mentionne les recherches de Barany sur les mouvements réactionnels et sur l'épreuve de l'index grâce auxquelles il nous est facile maintenant de différencier les labyrinthites d'avec les affections du cervelet.

Discussion.

NAGER présente les coupes histologiques du labyrinthe provenant d'un cas de grippe.

KUMMEL n'aime pas le diagnostic de labyrinthite séreuse. Il rappelle que Ménière a considéré l'hémorragie dans le labyrinthe comme cause de la mort de sa malade qui lui a servi à la description de son complexe.

SCOTT ajoute que le premier cas de Ménière n'était pas dû à la leucémie.

BARANY rappelle l'histoire d'un malade présenté par lui à la société autrichienne d'otologie qui, à la suite d'un traumatisme crânien, a présenté une labyrinthite unilatérale. Ce malade ne pouvait pas porter un faux col haut sans ressentir des accès de vertige. Barany a trouvé que, chez ce malade, la compression de la carotide provoquait un nystagmus dont les mouvements étaient contraires au nystagmus par compression. Le même phénomène se présentait du côté opposé. Barany explique ce phénomène par l'existence d'un vaisseau atypique et rappelle que Hennebert a constaté un phénomène analogue chez des individus atteints de syphilis héréditaire.

SANSON est d'avis que la dénomination de labyrinthite séreuse répond à un besoin et que l'on ne peut s'en passer en clinique.

NEUMANN au contraire trouve l'expression de labyrinthite séreuse inutile, ne disant rien sans l'examen fonctionnel, car, et dans la labyrinthite suppurée et dans la labyrinthite non suppurée, la fonction de l'appareil lymphokinétique peut être conservée, en partie au moins, comme par exemple le limaçon. Actuellement nous ne pouvons pas distinguer nettement ces formes de labyrinthite.

DUNDAS GRANT demande si le fait qu'une surdité de l'oreille moyenne constitue une prophylaxie contre l'apparition d'une surdité nerveuse est prouvé par des expériences cliniques. Son autre désir est de savoir si le radium a été déjà employé dans le traitement des affections de l'oreille interne. Il rappelle ensuite les bons résultats qu'il a obtenus par la quinine dans le traitement du vertige *ab aure laesa*. Pour la recherche du nystagmus, Dundas Grant préfère l'air froid à l'eau froide. Ensuite, il mentionne un cas de cholestéatome où, au cours d'une ossiculectomie, l'étrier a été luxé. Le malade a présenté un violent nystagmus par compression. Enfin il mentionne des cas qui, malgré un tympan intact, ont présenté à la compression, par le conduit externe, un nystagmus excessivement violent. Pour expliquer ce nystagmus, Dundas Grant suppose qu'il existe une ankylose entre l'enclume et le marteau qui transporte directement le changement de la pression d'air sur l'étrier.

ALEXANDER rappelle les mérites immortels de Ménière pour la reconnaissance des affections du labyrinthe.

VON EICKEN rappelle, pour répondre à la question de Dundas Grant, une publication de Reinking d'après laquelle une otite chronique a en effet préservé l'oreille interne contre une affection professionnelle. Von Eicken ne croit pas qu'on ait, jusqu'à présent, employé chez l'homme le radium contre les affections de l'oreille interne. Chez l'animal Marx a provoqué par le radium une dégénérescence de l'épithélium sensoriel. Brünings a employé les rayons X qui agissent à peu près comme le radium dans un cas de cancer inopérable ayant envahi la dure-mère. A la suite, Brünings a également constaté des lésions de l'oreille interne. L'emploi de l'air froid pour provoquer le nystagmus peut être utile mais exige des appareils spéciaux. Pour expliquer le nystagmus par compression grâce à une ankylose entre le marteau et l'enclume les recherches histologiques manquent.

E. DENCH (New-York). — Deux cas de perte de la réaction vesti-

bulaire avec trouvaillies d'opération. — L'auteur nous rapporte les deux cas suivants.

OBSERVATION I. Femme âgée de 24 ans, atteinte d'otorrhée et de surdité prononcée de l'oreille gauche depuis l'enfance. Depuis 15 jours, violente douleur dans l'oreille, bourdonnements, vertiges, nausées, vomissements. Depuis 8 jours, les vomissements ont cessé. Rhomberg : tendance à la chute en arrière et à gauche. Conduit auditif gauche étroit, légère suppuration, destruction du tympan, sensibilité à la pointe de la mastoïde, léger nystagmus spontané au regard à droite. Pas de symptôme atactique des extrémités. Babinski négatif. L'examen calorique des deux oreilles, fait le jour de l'admission, montre que le labyrinthe réagit des deux côtés. L'examen calorique, répété le lendemain, n'a donné aucune réaction à gauche ni pour l'eau chaude, ni pour l'eau froide. Du côté droit, l'épreuve calorique est restée normale. Ce jour, la malade ressent des vertiges et à l'essai de la marche tombe à droite. En raison de ce que la réaction calorique s'était perdue en 24 heures, que la malade avait de violents vertiges et que la température est montée, la malade a été immédiatement opérée. On trouve une fistule du canal horizontal externe et la fenêtre ovale ouverte. Ceci a suffi pour expliquer les symptômes labyrinthaires. On procède de suite à l'ouverture du labyrinthe d'après Neumann. Guérison.

OBSERVATION II. Garçon de 14 ans avec otorrhée depuis 6 mois arrêtée pendant 2 mois. Depuis 3 jours, douleurs dans l'oreille droite et dans la région du muscle sténo-cléido douleurs si violentes que le malade n'a pas dormi depuis 3 jours. Granulations dans la caisse à droite. La température au moment du premier examen est de 99 4/5 Fahrenheit. Les deux labyrinthes réagissent à l'épreuve calorique. Les granulations sont immédiatement enlevées. Cette petite opération est suivie dans les douze heures suivantes d'une montée de fièvre à 104 Fahrenheit. Les douleurs n'ont pas diminué. Cri méningé. Pas de raideur musculaire, pas de Keinig, pas de rigidité de la nuque, pas de Babinski. Léger nystagmus du côté malade. La réaction calorique absolument éteinte. Dans ce cas comme dans le précédent, la réaction calorique s'est éteinte en moins de 24 heures. Malade très agité. La ponction lombaire donne un liquide clair, sans pression augmentée avec réaction alcaline. Épreuve des carbo-hydrates normale sans globuline. Une culture de sang donne, après 18 heures, deux colonies de streptocoques. Dench suppose qu'il s'agit d'une infection streptococcique sans méningite. Radicale. Pas de fistule. Les deux fenêtres paraissent normales. Dench se décide, vu le résultat négatif du liquide cé-

rébro-spinal, vu l'absence de toute lésion pathologique de la paroi labyrinthaire à explorer le sinus latéral. Un tissu osseux dense sépare le sinus de la cavité opératoire. On tombe sur un abcès périsinueux probablement très ancien, parce que ne contenant pas de pus, mais seulement des gaz fétides et de la fibrine coagulée. Ouverture large du sinus. Ligature de la veine jugulaire interne, de la veine faciale qui, toutes les deux, étaient largement thrombosées. On curette le sinus latéral jusqu'au torcular et près du bulbe. La température tombe de 105 où elle était au moment de l'opération à 99 $\frac{1}{2}$, remonte le lendemain à 102 $\frac{2}{5}$ et se tient le lendemain à cette hauteur. L'enfant se plaint d'un point de côté à droite. Pneumonie? Le troisième jour, la ponction lombaire ramène un liquide clair d'aspect ne contenant pas de globuline réduisant la solution de Fehling. On suppose l'affection pulmonaire comme cause de la température et on exclut toujours la méningite. Le cinquième jour, la température est de 105 $\frac{4}{5}$. La ponction lombaire donne toujours un liquide clair qui, cette fois-ci, cultive, des streptocoques. Ponction lombaire du sixième jour : le liquide contient de l'albumine, du pus, du sang, des streptocoques, montrant ainsi que le malade avait une méningite. Opération de Neumann. Ouverture large du golfe. Légère amélioration suivie de cyanose et de mort par embolie pulmonaire. Le premier cas, dit l'auteur, a guéri grâce à la rapidité avec laquelle le labyrinthe a été ouvert. Dans le deuxième cas, la labyrinthite a dû être induite, croit l'auteur, par la thrombose jugulaire vu le rapport intime du golfe de la jugulaire avec l'aqueduc du limaçon et du sinus descendant avec l'aqueduc du vestibule.

GYERGAI (Kolosvar). — **Une nouvelle méthode pour la dilatation directe de la trompe d'Eustache.** — Communication connue de nos lecteurs d'après le compte rendu du Congrès français d'oto-rhino-laryngologie 1913.

RICARDO BOTEY (Barcelone). — **La trépanation du labyrinthe pour vertige et bourdonnements.** Les indications de la trépanation du labyrinthe en dehors de la labyrinthite suppurée sont encore mal définies. L'auteur nous apporte l'histoire de 3 malades trépanés par lui. Dans le premier cas, le résultat a été peu prononcée. Le malade était un syphilitique. Il a été impossible de distinguer de quelle oreille provenaient les troubles. Le second cas peut être considéré comme un succès, en ce sens que le vertige et les bourdonnements ont disparu. Dans le troisième cas, le résul-

tat a été bon également et a été obtenu au prix d'une vestibulectomie seulement.

TRÉTROP (Anvers). — La prophylaxie des affections suppurées du labyrinthe. — L'auteur distingue les causes directes parmi lesquelles le traumatisme lui paraît la plus importante. S'il est des traumatismes dont la prophylaxie échappe à nos moyens d'action, tels ceux qui résultent d'accidents, de méfaits, de tentatives de suicide, de rixes ou de faits de guerre, plaies par instruments tranchants ou piquants, armes à feu, etc., il en est d'autres que nous pouvons prévoir tels les traumatismes par introduction de corps étrangers dans l'oreille.

On devrait, dès l'école, enseigner aux enfants que rien n'est plus dangereux pour l'oreille elle-même et pour le contenu de la boîte crânienne que l'introduction de corps étrangers dans l'oreille, porte-plumes, épingle à cheveux, voire même cure-oreilles : appareils détestables. On ne peut toucher au conduit de l'oreille qu'avec de petits écouvillons d'ouate bien matelassés pour éviter à l'organe le contact de tout corps dur. Les coups, les gifles sur l'oreille, le lancement de projectiles, telle la neige durcie en hiver, qui a fait supputer pas mal d'oreilles moyennes, devraient être sévèrement interdits et même punis. Ceci est un côté de la prophylaxie.

Il y a lieu de parler aussi des traumatismes opératoires. En dehors de l'ouverture voulue du labyrinthe pour faire la cure d'une pyolabyrinthite, il convient, au cours des diverses opérations portant sur l'oreille moyenne, d'être des plus circonspects dans le respect intégral de la paroi labyrinthique.

Le simple enlèvement de fongosités ou de polypes insérés sur la paroi labyrinthique, enlèvement fait par arrachement au lieu d'y procéder par section, dans une oreille moyenne suppurant et non désinfectée, peut être suivi d'une pyolabyrinthite mortelle. Tout otologiste expérimenté en a vu des exemples.

La prophylaxie de ces accidents consiste à ne jamais enlever les polypes ou fongosités avant d'avoir fait un traitement antiseptique pour diminuer l'infection et atténuer la virulence des germes microbiens et lors de la libération de la caisse à procéder par sectionnement, sans faire la moindre traction avant section complète. Il est cependant des malades en imminence ou même en puissance d'infection labyrinthique au moment trop tardif des soins, qui, malgré ces précautions, n'échapperont pas à la pyolabyrinthite.

En cas d'ouverture accidentelle de la paroi labyrinthaire, au cours des opérations, il est indiqué d'ouvrir largement. Ces traumatismes étant ordinairement en raison inverse de leur importance : une

perforation microscopique exposant parfois à une infection excessivement sévère.

Parmi les causes indirectes ou de voisinage Trétrop range toutes les maladies infectieuses et l'otite cholestéatomateuse banale comme la plus fréquente des causes. Au point de vue prophylactique il n'y a pas autre chose à faire que de répandre de plus en plus dans le public la notion de la nécessité de faire soigner les moindres inflammations auriculaires.

TRÉTROP (Anvers). — L'acoumétrie millimétrique et ses avantages en pratique courante. — L'auteur expose la valeur pratique de l'acoumétrie millimétrique qu'il utilise journellement depuis 43 ans.

Cette méthode d'acoumétrie, qui ne réclame guère plus de dix à quinze minutes, donne en millimètres — sans renseignements du malade — la valeur auditive de chaque oreille par rapport à l'ouïe normale.

La notation dans une série de colonnes voisines des valeurs trouvées à divers intervalles, permet d'apprécier d'un seul coup d'œil l'état de l'ouïe au début et le gain obtenu successivement; elle montre régulièrement si le traitement est en bonne voie. Elle fournit au malade, qui peut s'en rendre compte aisément lui-même, et au médecin l'encouragement nécessaire, de part et d'autre, pour la continuation d'un traitement souvent long et fastidieux.

La simplicité jointe à une exactitude suffisante en pratique et à une grande rapidité permettent à l'auteur, après 43 années d'expérience, de recommander l'acoumétrie millimétrique en toute confiance.

E. VALI (Budapest). — Contribution aux affections syphilitiques de l'acoustique. — Les affections syphilitiques de l'acoustique paraissent être plus fréquentes pendant la période secondaire qu'on ne l'a cru jusqu'à présent. Il ne faut jamais hésiter à instituer le traitement médicamenteux non seulement pendant la période secondaire, mais aussi pendant la période tertiaire, surtout si la lésion des deux oreilles est inégale. En premier lieu il faut s'adresser à l'iode et au mercure. Le salvarsan est indiqué dans les cas invétérés, surtout si le rameau vestibulaire est atteint. Il faut toujours donner le salvarsan en fortes doses et combiné au traitement iodo-mercuriel. Dans tous les cas soignés par Vali, les bourdonnements ont été supprimés par l'emploi du salvarsan, mais dans un seul cas seulement, l'audition a été améliorée.

Séance du 11 août.

DELSAUX (Bruxelles), *Rapporteur*. — **Le traitement spécial de la gorge, du nez et de l'oreille au cours des maladies infectieuses et des fièvres éruptives.** — Le rapporteur fait une revue d'ensemble très succincte, sachant qu'il avait à traiter un chapitre de la pratique médicale la plus courante. Rapidement il résume les mesures d'hygiène générale pour traiter en détail les mesures d'hygiène spéciale. Pour les soins de la bouche, Delsaux indique les formules connues d'eau boriquée, eau oxygénée, etc. Il conseille de toucher les ulcérations de la cavité buccale avec des solutions de sulfate de zinc à 1 p. 30 ou avec la solution iodo-iodurée connue. Delsaux se déclare très satisfait de l'emploi du ferment lactique qu'il croit souverain dans la pyorrhée alvéolaire. Les nombreux cas d'angines simples, d'amygdalites folliculaires et même pultacées qu'il a soignées avec succès l'engagent à recommander les insufflations de lactéol en poudre dans les cas d'angines. Delsaux croit que le ferment lactique, dégluti par le malade, prolonge son action bienfaisante dans le tube digestif. Il insiste avec raison sur ce qu'on appelle la compresse de Priessnitz et qui, généralement, est mal appliquée. Ce pansement humide doit recouvrir les régions carotidiennes, supérieures et sous-angulo-maxillaires. Il faut le maintenir à l'aide d'une bande passée au-dessous de la tête d'une part, sous le menton, et autour du cou de l'autre. Comme liquide à humecter le pansement, Delsaux prescrit l'eau glycinée à 20 p. 100. Dans les soins du nez, Delsaux ne condamne pas absolument les irrigations nasales, tout en les déclarant comme moyen d'exception. Il est plutôt partisan de l'emploi de pommade, de vaseline boriquée aromatisée de quelques gouttes d'huile de menthe. Contre les fissures qui se produisent à l'entrée des narines et contre les ulcérations à la zone de Kiesselbach, une pommade au précipité blanc de 4 à 2 p. 100 est recommandable. Delsaux se méfie de l'ergotine et surtout de l'adrénaline, dont il ne méconnaît pas les indications mais dont il craint, bien à tort nous semble-t-il, l'emploi continu pendant plusieurs jours. Delsaux croit que, dans toutes les affections infectieuses, il y a intérêt à désinfecter les fosses nasales et il recommande aux jeunes bactériologistes de faire des études sur la présence des microbes dans les fosses nasales, tels qu'on les connaît et qu'on a reconnu leur importance dans la méningite cérébro-spinale.

Les soins du cavum se confondent avec ceux du nez. De faire davantage est malaisé et dangereux.

Les soins des oreilles conduisent Delsaux à étudier le traitement de l'otite aiguë par le traitement à sec et par le traitement par l'irrigation. Nous n'avons pas vu à quelle pratique Delsaux se range, mais, disons-le de suite, son co-rapporteur est partisan du traitement par les irrigations. Prendre les mesures prophylactiques autres que celles du traitement de l'otite aiguë contre les affections mastoïdiennes et labyrinthiques, c'est se faire illusion. Conséquent avec lui-même, Delsaux rattache à l'otite moyenne purulente l'envahissement du labyrinthe par le pus. Qu'il nous soit permis de remarquer ici que, dans une communication que Delsaux ne pouvait pas connaître, Nager a pu montrer la suppuration labyrinthique post-grippale sans otite. Delsaux envisage seulement la névrite toxique du nerf acoustique consécutive aux infections. Pour agir prophylactiquement contre cette cause de surdité, le grand praticien qu'est Delsaux recommande, sans tenir compte des polypharmaceutes et des polypragmatiques, le retour à la pratique de nos pères médecins qui avaient mille fois raison de purger les malades et de laver leur sang en les faisant boire abondamment, en les saignant et en leur faisant prendre des sudorifiques. A ceci il faut ajouter l'hypodermoclyse.

Par quelques mots sur les soins du larynx et des voies respiratoires, Delsaux termine son rapport. Si on a bien soigné le nez et la gorge de ses malades, on aura d'autant moins à faire pour leur larynx. Plus spécialement Delsaux recommande dans certains cas des inhalations salines chaudes. Dans la laryngite infectieuse, streptococcique de la grippe et de la fièvre typhoïde, Delsaux conseille d'avoir recours aux lavages intra-laryngiens, aux injections intra-trachéales d'huiles médicamenteuses qu'il faut faire toujours sous la conduite de la vue. Si la laryngoscopie indirecte est difficile ou impossible chez les typhiques, on aura recours à la laryngoscopie directe ; de même la laryngotrachéite grippale et la localisation trachéale de la coqueluche bénéficieront certainement des injections directes intra-laryngiennes ou intra-trachéales.

Ayant ainsi exposé les principaux moyens prophylactiques et thérapeutiques à appliquer aux oto-rhino-laryngopathies compliquant les maladies infectieuses et les fièvres éruptives, Delsaux formule quelques brèves conclusions. Les voici :

1^o Le médecin qui soigne ces affections a pour devoir, actuellement, de compléter l'examen de ses malades par une enquête s'adressant au nez, à la gorge, aux oreilles et aux voies respiratoires supérieures. Il faudra donc qu'en attendant que les principes de l'oto-rhino-laryngologie soient pratiqués par tous les médecins,

parce que faisant partie des examens universitaires, il recoure aux lumières de ses confrères spécialistes;

2° Lorsque sera établi le diagnostic des complications du côté de l'oreille, du nez, etc., des soins spéciaux et attentifs seront donnés à ces organes par un personnel infirmier spécialement stylé à cet effet. A défaut de soigneurs compétents, ou transitoirement, un médecin ou un élève médecin rompu à ces pratiques seront chargés de ces soins;

3° La surveillance du traitement des oto-rhino-laryngopathies doit être confiée à des médecins compétents;

4° Il y a lieu de prendre d'urgence des mesures spéciales afin d'éviter la propagation par le larynx, le nez, la gorge et les voies respiratoires supérieures des maladies infectieuses;

5° Les médecins généraux, unissant leurs efforts à ceux de leurs confrères spécialistes, doivent étudier ensemble quels sont les moyens prophylactiques à diriger contre les oto-rhino-laryngopathies compliquant les maladies infectieuses et les fièvres éruptives. Ils se mettent d'accord, notamment, sur la façon de prévenir l'intoxication de l'oreille interne par les toxines produites au cours ou au décours de ces maladies.

E. W. GOODALL (Londres), *Co-Rapporteur*. — **Même sujet**. — La première partie du rapport donne une description clinique du nez, de la gorge et des oreilles au cours de 12 maladies infectieuses envisagées par le rapport. Nous la passons pour retenir quelques points de la deuxième partie dans laquelle l'auteur envisage les conséquences de ces affections. Il nous paraît particulièrement intéressant de rapporter les vues toutes personnelles qu'a le rapporteur au point de vue des otopathies, suites des maladies infectieuses. Il admet que la mastoïdite et l'antrite peuvent se voir à la suite de scarlatine ou de rougeole. Mais ce qui est rare à tel point qu'on le voit exceptionnellement dans les hôpitaux pour maladies infectieuses, sont les complications graves des otites (suppuration endocranienne, thrombose du sinus-pyémie). Les livres classiques disent que l'otite se manifeste par de la douleur. Son expérience personnelle a montré à Goodall que la douleur n'est pas un symptôme précoce de l'otite au cours des maladies infectieuses. Si on voulait se laisser guider par le symptôme douleur à faire l'examen otoscopique, on serait plus d'une fois embarrassé pour diagnostiquer, surtout s'il s'agit des jeunes enfants, l'existence d'une otite. Les enfants atteints d'otite au cours des maladies infectieuses présentent généralement une forte diminution de l'audition, mais cette sur-

dité ne persiste après la maladie que quand les enfants étaient tout à fait sourds pendant la fièvre. Rarement cependant un enfant quitte l'hôpital avec un degré prononcé de surdité. Au cours de 23 ans, une seule fois l'auteur a vu une surdi-mutité survenir à la suite d'une maladie infectieuse. La paralysie faciale ne doit pas inquiéter le médecin, elle s'arrange généralement. Quelquefois on voit une surdité permanente survenir à la suite de ces maladies, sans qu'il y ait eu otite suppurée. Cette surdité grave se voit surtout à la suite des oreillons, tandis que dans la fièvre typhoïde, elle ne dure pas au delà de l'état de prostration du malade. Intéressante est aussi l'opinion qu'a l'auteur sur la fréquence de l'otite et sur son évolution ultérieure. Ainsi, dans la scarlatine, sur 1000 cas, dans 12,2 p. 100 des cas, l'otorrhée a été vue avec une fréquence allant en diminuant à partir de l'âge de 5 ans. Évidemment cette fréquence de l'otite varie au cours des différentes épidémies, car dans la période de 1912-1913, le pourcentage n'a été que de 5,4 p. 100 sur 800 cas de scarlatine. Rougeole et scarlatine semblent actuellement donner le même pourcentage des complications auriculaires et encore Goodale croit-il qu'on exagère cette fréquence, car il a pu se convaincre que dans beaucoup de cas l'otopathie était bien antérieure à la maladie infectieuse.

Quant au traitement, le rapporteur préfère pour la gorge de beaucoup le badigeonnage à tout autre traitement (sublimé 1 pour 2000). Dans le nez une douche avec le borate de soude lui paraît suffisante. Nous avons déjà mentionné que pour l'oreille, Goodale est partisan des lavages aussitôt l'écoulement établi. Ce traitement classique est suffisant pour amener d'excellents résultats. Presque tous les malades, dit-il, quittent l'hôpital avec un écoulement tari. Sur 303 otorrhées post-scarlatineuses, une seule fois l'enfant a quitté l'hôpital ayant son otorrhée. Dans la même période, sur 421 cas de rougeole, 8 fois l'otorrhée existait au moment où l'enfant a quitté l'hôpital et encore 2 fois l'otite était antérieure à la rougeole. Sur 90 cas de coqueluche une seule fois l'otite n'était pas encore guérie à la sortie de l'hôpital. Dans la période de 1900 à 1909, sur plus de 150 000 cas de scarlatine, il y avait 20 000 cas d'otite, dont seulement 4,5 p. 100 ont dû être retenus à l'hôpital au delà du temps habituel pour mastoïdite. Il n'est pas probable que les malades quittent l'hôpital seulement avec un semblant de guérison de leur otite, parce que dans une ville comme Edimbourg, où le contrôle est facile, E. B. Ker a fait les mêmes constatations. Du reste, même si l'otorrhée ne voulait pas guérir dans les 6 semaines classiques allouées dernièrement à la

guérison, il ne faudrait pas conseiller l'opération mais seulement dire au malade de rester sous la surveillance du spécialiste. Nous aurons terminé ce rapport, original en plus d'un point, en rapportant encore brièvement qu'au point de vue général, Goodale envisage encore le traitement par le sérum et les vaccins. Cette thérapeutique, si toutefois elle est réalisable, appartient à l'avenir.

Discussion.

CHEATLE félicite les deux rapporteurs de leur excellent mémoire et voudrait prendre position seulement contre deux assertions. Il juge très dangereux tout seringage, tout lavage du nez même, comme le disent les rapporteurs, à faible pression. Un deuxième point contre lequel il s'élève est l'affirmation de Goodale sur la relative bénignité des complications auriculaires au cours des maladies infectieuses. Les enfants ne quittent pas l'hôpital des maladies infectieuses guéris de leur otorrhée. C'est par centaines qu'ils reviennent ensuite dans les services d'otologie pour se faire guérir de leur otorrhée. Cela ne pourrait pas être autrement, car ni les soins au cours de l'otite, ni la nature de la maladie ne décident de l'évolution ultérieure d'une otite. S'il s'agit du type éburné de l'os, la chronicité de l'otorrhée est la règle et seule une opération par ouverture de toutes les régions suppurées donnera la guérison.

MAURICE. — L'examen otologique au cours des maladies infectieuses est d'autant plus nécessaire qu'il aide souvent à terminer des situations véritablement critiques. Appelé à voir un enfant qui, au cours d'une maladie infectieuse, présentait un ensemble de symptômes (haute fièvre, agitation, etc.) laissant craindre une infection endo-cranienne, Maurice a examiné les deux oreilles. Sans trouver rien de particulier, mais jugeant qu'une double paracentèse, opération en somme insignifiante, pourrait peut-être éclaircir la situation, Maurice incise les deux tympans et donne issue à un peu de sécrétion. Quelle ne fut pas sa satisfaction d'apprendre que déjà 2 heures 1/2 après la double paracentèse la température était devenue normale.

HORNE insiste sur l'importance qu'ont les complications et manifestations naso-pharyngo-auriculaires dans les maladies infectieuses. Malgré toute l'érudition des médecins dirigeant ces hôpitaux, les soins spéciaux qu'ils pourront donner resteront toujours rudimentaires. Il est un urgent besoin d'attacher à chacun de ces hôpitaux un spécialiste auquel incombera le traitement spécial.

TRETROP préconise le traitement par les vaccins qui dans quelques cas observés par lui ont semblé donner un excellent résultat.

TILLEY recommande un spray de cocaïne de 2 à 3 p. 100 chaque fois qu'au cours d'une maladie infectieuse il y a complication nasale. Le bien-être que ressentent les malades en proie à une respiration difficile est tellement grand que personnellement il renonce à tout autre traitement nasal dans le cours des maladies infectieuses. Pour les oreilles, il conseille l'introduction de tampons trempés dans la glycérine phéniquée pour antiseptiser autant que possible le conduit.

SCOTT vient appuyer les idées de Tilley à propos de l'emploi du spray. Il est devenu également très circonspect dans le traitement prophylactique des complications rhino-auriculaires depuis qu'il a vu dans un cas un traitement trop intempestif, institué uniquement aux fins de prophylaxie, occasionner les plus sérieuses complications.

WATSON WILLIAMS plaide fortement pour l'emploi de l'intubation qu'il a eu occasion de faire maintes fois depuis 1894 au cours des maladies infectieuses. Il s'élève contre les douches nasales et contre le spray à la cocaïne. Cette dernière a une action néfaste sur les muqueuses en ce sens qu'elle paralyse leur action de défense. W. WILLIAMS est complètement d'accord avec Goodale pour ne pas faire l'adénotomie au cours des maladies infectieuses.

HARMER juge également l'adénotomie au cours des maladies infectieuses comme très dangereuse. Il a vu dans un cas une double mastoïdite en être la conséquence. A propos du traitement par les vaccins, Harmer apporte l'observation succincte de 3 cas dans lesquels la vaccinothérapie a semblé donner des résultats favorables.

SMITH. — Il est certain que souvent les soins spéciaux dans les maladies infectieuses sont donnés d'une façon critiquable par les praticiens. Il importe d'éduquer la future génération des médecins au moins dans les généralités de notre spécialité. S. Smith n'est pas ami d'une thérapie trop active. Pour Smith, il faut, avant tout, veiller à la perméabilité des fosses nasales pour éviter l'otite. A ce propos, l'instillation de cocaïne dans des solutions huileuses à 1/2 p. 100 est recommandable. Au moindre doute, Smith incise le tympan et il conseille cette paracentèse même comme moyen préventif.

KÖNIG recommande chaudement l'emploi du ferment lactique. Personnellement il se sert du lactéol.

DAN MACKENZIE. — Au fur et à mesure qu'il entend les différents auteurs, il est de plus en plus convaincu que le médecin praticien ne suffit pas pour donner les soins nécessaires au cours d'une maladie infectieuse. Trop d'interventions spéciales sont recommandées qui demandent l'habitude journalière des pratiques spéciales.

PIEK se trouve très bien de l'emploi de l'atropine.

DUNDAS GRANT juge la cocaïne comme dangereuse. A sa place, il voudrait voir employer l'anesthésine qui est complètement exempte d'inconvénients.

JACQUES aimerait voir l'usage de l'eau oxygénée disparaître comme gargarisme habituel. Les avantages, précisément comme gargarisme, sont loin d'égaliser ses nombreux inconvénients.

DELSAUX ne peut pas se familiariser avec l'idée de conseiller aux malades et à son entourage l'usage des médicaments tels que la cocaïne ou l'adrénaline. Il ne peut pas condamner si énergiquement la douche nasale, le service qu'elle rend dans certains cas est trop appréciable. Chaque cas de maladie infectieuse, un peu sérieuse, demande l'examen quotidien des voies respiratoires supérieures et de l'oreille, examen qu'on ne peut ni imputer ni demander aux médecins d'hôpital surchargés de besogne. Delsaux formule le vœu suivant dont il soumet l'acceptation aux sections d'oto-rhino-laryngologie réunies en séance commune : Il est dans l'intérêt général qu'à chaque hôpital destiné au traitement des maladies infectieuses soit adjoint un oto-rhino-laryngologiste.

GOODALE. — Au cours de la discussion, on n'a pas parlé des complications du côté des sinus. Lui-même n'en a pas parlé dans son rapport parce que, à part l'influenza, il ne se rappelle pas avoir vu un seul cas. Quant à la méningite cérébro-spinale, il n'a pas vu un cas personnel. Il voit avec plaisir que beaucoup d'orateurs condamnent comme lui l'adénotomie au cours et immédiatement après les maladies infectieuses.

Nombre de confrères, surtout anglais, sont venus appuyer le vœu émis par Delsaux qui, après avoir été formulé en anglais. (Saint-Clair Thomson), en français (Koenig), en allemand (Liewen), en italien (Saint-Clair Thomson), a été accepté à l'unanimité.

FRESER (Édimbourg). — **Coupes microscopiques du labyrinthe.**

KUMMEL (Heidelberg). — **Coupes microscopiques.** — Kummel présente une série de préparations faites par Beck, montrant des altérations agoniques et cadavériques de l'oreille. Kummel voudrait

remplacer l'expression d'agoniques par une autre indiquant que l'altération est due à l'action des liquides fixateurs.

ALEXANDER (Vienne). — **Présentation de coupes histologiques.** — Alexander présente une série de coupes microscopiques concernant la pathologie de l'oreille moyenne et interne. Il faut dire, autant à propos des démonstrations d'Alexander qu'à propos des autres démonstrations, que malgré la longueur de ces démonstrations et malgré une certaine monotonie inévitable, elles étaient de tous points réussies et retenaient l'attention de l'auditoire.

URBAN PRITCHARD (Londres). — **Une nouvelle trouvaille (une extra-macula) dans le labyrinthe de quelques oiseaux.** — Urban Pritchard, depuis qu'il s'est retiré de la pratique, emploie son temps à étudier quelques questions qui l'ont intéressé depuis longtemps.

Parmi celles-ci se trouve aussi la question du labyrinthe chez les oiseaux migrateurs. Albert Gray a décrit dans son ouvrage *Labyrinth of Animals* des terminaisons nerveuses non encore décrites dans l'ampoule. Urban Pritchard est heureux de pouvoir démontrer l'existence de ces nerfs ampulaires qui, très probablement, doivent être en rapport avec le sens d'orientation des oiseaux migrateurs. Les cils des cellules nerveuses de ces extra-macules sont en tout identiques aux cellules nerveuses de la crête acoustique. Urban Pritchard montre par l'appareil à projections une crête acoustique du chat, une macule acoustique du chat, l'organe découvert par Gray et l'ampoule montrent l'extra-macula découverte par lui.

Séance du 12 août.

C. J. BLAKE (Boston), *Rapporteur.* — **L'influence du climat et de la profession sur les maladies de l'oreille.** — La littérature sur l'influence du climat sur les maladies de l'oreille est pauvre et imprécise en ce qui concerne l'observation clinique. Elle s'occupe surtout de l'influence secondaire exercée sur l'oreille par l'intermédiaire de la muqueuse nasale. Cependant il y aurait eu encore, sous ce rapport, à considérer les conditions pour ainsi dire artificielles du climat dues à l'air surchauffé, surhumide contenant des vapeurs irritantes, délétères, infectieuses, telles que la vie moderne les crée souvent. Le rapporteur s'attaque surtout, et à plusieurs reprises, aux altérations de l'oreille dues aux bruits qu'occasionnent les conditions sociales dans lesquelles nous vivons. Pour chacun de ces points mentionnés, il cite des exemples de la vie en nom-
ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXIX, N° 10, 1913. 26

mant surtout les professions qui prédisposent le plus à la production de ces facteurs nocifs, et en mentionnant les principaux troubles auxquels elles donnent lieu. Pour les troubles dus aux bruits, les travaux connus de Wittmaack, Eicken, Hoessli ont donné une base expérimentale suffisante quoique, entre ces différents auteurs, l'unanimité des vues ne soit pas encore obtenue. Au point de vue clinique, nous savons que les différents métiers exposent inégalement l'oreille. Ainsi par exemple, pour ne citer seulement qu'un groupe de professions, Gottstein et Kayser ont trouvé que, parmi les forgerons, 50 p. 100 ont une lésion de l'oreille, les ouvriers en cuivre ne donnent que 35 p. 100, tandis que chez les chaudronniers on trouverait des lésions dans 90 à 100 p. 100, de sorte que presque pas un chaudronnier n'échappe à la surdité plus ou moins prononcée. La lésion auriculaire est inégale aussi quant aux deux oreilles. Les bruits subjectifs accompagnent presque toujours la surdité, tandis que des vertiges ne se voient que dans les cas les plus avancés. La majorité des auteurs croient qu'il s'agit d'une lésion de l'oreille interne; mais il y a des opinions contraires également, surtout des opinions qui voudraient voir dans la contraction des muscles de l'oreille moyenne la principale cause de la lésion auriculaire, tandis que les troubles labyrinthiques ne seraient qu'une conséquence. Ceci nous ramène à la grande controverse qui existe entre les expérimentateurs, à savoir quel rôle joue l'oreille moyenne dans la transmission de ces bruits délétères. Le rapporteur est d'avis que le principal canal par lequel l'oreille interne est sujette à la lésion par les bruits est l'oreille moyenne et pas les autres voies possibles (crâne, corps entier). Ceci lui est prouvé par le fait que ce ne sont pas les sons de moyenne hauteur qui cependant sont les plus facilement conduits par la transmission osseuse, qui occasionnent cette surdité progressive professionnelle, mais bien les sons relativement hauts qui, pour être transmis, nécessitent les bonnes conditions uniquement fournies par la chaîne des osselets. Blake voit un autre appui de son opinion dans le fait que le tympan, dans ces lésions, est très souvent rétracté, ce qui est dû à la contraction du tenseur du tympan. De même la couleur opaque du tympan serait due à un épaissement de défense de cette membrane. Au point de vue pratique, Blake conseille de faire une Politzérization bi ou tri-hebdomadaire, de préférence le soir pour remédier précisément à ces troubles de l'oreille moyenne. Ce que le rapporteur nous dit sur les troubles dus au téléphone est connu de nos lecteurs parce que Blake ne fait autre chose que de résumer la publication de Blegvad dont une analyse détaillée a été publiée dans les *Annales*.

GRADENIGO (Turin), *Rapporteur*. — **Même sujet**. — Le professeur Gradenigo ne veut envisager que l'influence du climat sur les affections auriculaires. Lui aussi dit que la littérature se rapportant à l'influence du climat sur les maladies de l'oreille est très incomplète et contradictoire sur bien des points. Ceci ne pourrait pas être autrement car le climat est la résultante de facteurs multiples qui s'influencent mutuellement. En dehors de l'ensemble des conditions climatiques, la santé de l'homme qui vit sur un point déterminé du globe subit l'influence de quantité d'autres conditions inhérentes au pays et qui n'ont qu'une relation indirecte avec le climat, comme les particularités de la race, les habitudes d'hygiène, la présence dans la région de certaines industries et surtout de voies de communication plus ou moins rapides entre la campagne et les centres urbains qui exercent une influence réelle sur les maladies de l'oreille, en ce sens que, faute de soins, le nombre et le caractère des otopathies peut augmenter. La plupart du temps, l'action du climat sur les oreilles s'exerce par la voie de la trompe d'Eustache. Une étude sur les affections auriculaires de nature climatique comprend nécessairement des considérations sur l'état morbide des premières voies aériennes.

Dégagé de toutes ces considérations secondaires, le sujet traité demande d'abord une étude des modifications apportées dans l'acuité auditive ou dans les phénomènes morbides auriculaires chez un sujet, suivant les modifications atmosphériques horaires ou journalières ou à la suite d'un changement de résidence. Un autre point à traiter serait ensuite une étude de la nature et de la fréquence des maladies de l'oreille dans des climats différents. Le rapporteur, faute de détails précis ne peut évidemment pas donner une étude très approfondie. Ce serait, nous semble-t-il, une tâche pour nos confrères spécialistes exerçant dans des stations climatiques que de nous renseigner sur quantité de points intéressant notre pratique. Gradenigo nous rapporte en général que les otopathes se trouvent mieux lorsque le temps est ou tiède ou serein, tandis qu'ils se plaignent davantage par les jours humides ou froids (influence nerveuse). L'étude du degré de la perméabilité de la trompe dans les différentes conditions atmosphériques serait une étude attrayante, dit Gradenigo, mais que l'on n'a pas encore envisagée sérieusement. On a remarqué que certains malades affectés d'otite catarrhale chronique ou de sclérose auriculaire se trouvent mieux dans un pays chaud et sec, tandis qu'un climat d'altitude exerce une influence heureuse sur l'évolution de certaines labyrinthites d'origine syphilitique congénitale. Des malades souffrant d'une légère insuf-

l'insuffisance tubaire avec dysacousie voient régulièrement leur surdité s'accroître dans de fortes proportions chaque fois qu'ils se transportent rapidement à des hauteurs.

Quant à la nature et à la fréquence des maladies de l'oreille dans les diverses régions, Gradenigo trouve que les auteurs ont émis des hypothèses reposant sur leurs appréciations personnelles plutôt que sur des statistiques exactes. Ainsi, par exemple, en ce qui concerne la question de l'influence du climat marin, les auteurs n'ont pas tenu compte qu'il convient de distinguer le climat de la mer du climat côtier et l'action du climat de celle des bains de mer. Gradenigo cite comme exemple la discussion qu'a provoquée l'assertion de Moure au IV^e Congrès International d'Otologie, tenu en 1888 à Bruxelles, que l'air marin aggrave les sténoses tubaires, les otites catarrhales et n'améliore aucunement les otites suppurées. A Körner revient le mérite d'avoir institué, durant plusieurs années consécutives, des recherches sur des enfants; a) originaires de la zone côtière jusqu'à 15 kilomètres de la mer; b) originaires de la région intermédiaire (15 à 100 kilomètres de la mer; c) provenant de l'intérieur du pays. Régulièrement les végétations adénoïdes étaient plus répandues chez les enfants des côtes et Körner conclut à l'action défavorable du climat marin sur les affections auriculaires étant donnés les rapports intimes des végétations adénoïdes et de ces dernières. Cependant, il a pu constater qu'à la suite de bains de mer, plusieurs formes d'otorrhée ont guéri et le tympan s'est parfois cicatrisé. Il résulte de tout ceci que nos connaissances sur l'action du climat marin sur les affections de l'oreille, un point cependant si important pour la pratique, ne sont pas encore précises. Et il en est de même pour le reste. Gradenigo a essayé d'apporter quelques clartés en ce qui concerne au moins les différentes provinces de l'Italie. Nous ne suivrons pas le rapporteur sur ce terrain trop spécial.

Les conclusions du rapport sont les suivantes. Nos connaissances actuelles ne nous permettent pas d'émettre une opinion exacte quant à l'influence du climat sur les maladies de l'oreille. Il faudra à l'avenir recueillir des indications précises et, avant tout, les praticiens devraient avoir des connaissances otologiques suffisantes. On devrait unifier les statistiques pour tous les pays en fixant les procédés d'enquête et les modes de classification. Il y a avantage à grouper les maladies en quelques catégories restreintes. Dans les statistiques, on tiendra compte non seulement de l'action du climat mais encore de l'influence d'autres facteurs importants parmi lesquels figurent en première ligne les races, les maladies infectieuses, le développement de l'industrie, etc.

Discussion.

La plupart des orateurs se sont surtout occupés des moyens capables de diminuer les bruits inutiles qui nous molestent dans les grandes villes et dont la plupart seraient évitables.

CHEATLE rapporte les constatations qu'il a pu faire sur les troubles acoustiques chez les aviateurs. Ces troubles seraient dus à la rapidité avec laquelle les aviateurs changent d'altitude dans leur ascension et dans leur descente; au bruit que fait le moteur reviendrait également une part de la cause. Les lésions ne sont pas profondes car tous les aviateurs ont guéri. Cheatle demande que tous les pilotes d'aéroplanes soient examinés par un otologiste.

HORNE a pu faire les mêmes constatations que Cheatle.

BLEGVAD partage l'avis de Blake que l'usage professionnel du téléphone n'exerce pas d'action délétère sur une oreille normale. Cependant si Blake prétend qu'une oreille déjà malade peut subir un dommage par l'usage professionnel du téléphone, en ce sens que l'audition diminue graduellement, il est obligé de dire que ses expériences personnelles, faites à Copenhague, ne concordent pas avec les assertions de Blake. Il peut arriver qu'un tympan atrophié, portant une cicatrice, cède sous l'action d'un bruit fort et brusque, comme ceci arrive parfois par une sonnerie brusque; on a signalé aussi dans la littérature des troubles nerveux dont seraient frappées surtout les femmes téléphonistes. Blegvad considère tous ces troubles comme appartenant soit à la névrose traumatique, soit à l'hystérie due à la brusquerie et non pas à l'électricité elle-même. Ces cas diminuent du reste depuis les améliorations introduites dans le service technique.

Dan Mackenzie a eu occasion de constater des troubles auditifs chez des matelots. Ces malades prétendaient tous que les bruits secs de leur fusil auraient davantage lésé leurs oreilles que les bruits occasionnés par l'explosion des bombes.

VON EICKEN rectifie une petite erreur qui s'est glissée dans le rapport de Blake. Von Eicken ne s'est pas contenté d'obturer le conduit des animaux mis en expérience, mais il a bien interrompu la chaîne des osselets par l'extraction de l'enclume. Il a appris avec intérêt la remarque de Mackenzie d'après laquelle le bruit des fusils est plus nuisible que celui occasionné par les coups de canon. Ceci est en opposition avec l'expérience de Friedrich qui, chez des officiers de marine, a constaté des lésions bien plus graves dues à la détonation des canons lourds que celles constatées par Jachne chez les artilleurs.

CHILDE demande que les autorités veillent à ce que les matériaux employés pour la construction des maisons soient choisis de façon à propager le moins possible le son.

KOENIG demande à Blegvad s'il n'a pas au contraire constaté une amélioration de la surdité due à l'otosclérose chez les personnes usant professionnellement du téléphone.

MAURICE explique la surdité provoquée par les professions bruyantes par un double mécanisme. Dans le premier cas (artilleurs), c'est la violence de la vibration qui provoque un accident subit, hémorragie du labyrinthe, rupture du tympan etc.; dans le deuxième cas (téléphonistes, chaudronniers, meuniers, etc.), c'est la continuité du bruit qui use, qui fatigue, qui épuise le nerf acoustique. Le son est utile au fonctionnement auditif, mais l'excès en tout est un défaut; l'excitant spécifique d'un organe agit à une certaine dose; l'organe s'atrophie si l'excitation n'est pas suffisante, il se fatigue si elle arrive en excès. L'obscurité prolongée ou la lumière trop vive rendent aveugle. Les exercices acoustiques, tels que nous les pratiquons, en sont une preuve; des séances courtes et violentes excitent et réveillent l'ouïe, des séances prolongées ou mal appliquées assourdissent.

BLEGVAD ne peut pas répondre à Koenig parce que, de parti pris, il a fait exclure du service téléphonique toutes les jeunes filles atteintes de lésions graves de l'oreille interne.

COULET (Nancy). — **Deux cas de méningite otogène suppurée suivis de guérison.** — Des deux observations rapportées par l'auteur, la première a été déjà publiée dans la *Revue médicale de l'Est* en 1911. Cordonnier âgé de 20 ans, atteint depuis l'enfance d'otite moyenne suppurée gauche. Reçu le 40 juillet 1910 à l'hôpital avec le tableau net de méningite. Le 12 juillet cure radicale. Fistule du canal semi-circulaire horizontal. La ponction lombaire, faite immédiatement après l'opération, donne issue à 40 centigrammes d'un liquide louche qui contient des polynucléaires et des microbes. Deux jours plus tard, deuxième ponction lombaire. Le lendemain, température normale et guérison complète.

OBSERVATION II. — Homme âgé de 36 ans, atteint depuis 15 jours d'otite aiguë à droite. Depuis 2 jours, l'écoulement a cessé mais le malade se plaint de maux de tête, vertiges, asthénie, fièvre. La perforation du tympan est cicatrisée, l'audition en partie rétablie, mais le tympan gauche paraissant congestionné, on fait une paracentèse qui reste sans effet. Tableau net de la méningite. En présence de la bénignité de l'affection auriculaire, on fait le diagnostic de

méningite cérébro-spinale. Ponction lombaire : 20 centimètres cubes d'un liquide trouble, indique une polynucléose abondante sans méningocoque avec prédominance de lymphocytes. Après la deuxième ponction lombaire, guérison. Un mois après la sortie du malade, il est renvoyé à l'hôpital par son médecin avec les mêmes signes de méningite que la première fois (fièvre, pouls fréquent, contracture, céphalée). On fait une rachicentèse qui permet l'élimination de 15 centimètres cube d'un liquide trouble remplacé par 5 centimètres cube d'électrargol. Guérison définitive.

Discussion.

WEST a ouvert dans un cas de méningite un labyrinthe sain pour obtenir un drainage suffisant.

MYGIND opère le labyrinthe seulement si toutes ses fonctions sont éteintes. Il ouvre l'espace sous-dural seulement quand il suspecte l'existence d'un abcès ou d'une pachyméningite interne.

FRASER demande si la ponction lombaire n'est pas dangereuse dans les cas de méningite circonscrite. Son maître Logan Turner a guéri deux cas de méningite par drainage translabyrinthique et ponction lombaire.

DAN MACKENZIE est également partisan du drainage translabyrinthique. Quand il s'agit de malades très gravement atteints, il renonce à un examen fonctionnel du labyrinthe très détaillé.

SCOTT a guéri plusieurs malades par le drainage translabyrinthique et l'ouverture du conduit acoustique interne. Il a constaté que le pronostic est meilleur si l'exsudat n'est pas épais.

KOENIG croit que la ponction lombaire n'est pas sans danger. Il mentionne un cas de mort que Lermoyez a eu à déplorer immédiatement après une ponction lombaire. L'autopsie n'a pas eu lieu.

ALEXANDER s'appuie pour le diagnostic surtout sur les symptômes cliniques. Le liquide cérébro-spinal peut être clair et absolument libre dans des cas prononcés de méningite. Il faut distinguer la méningite consécutive à une otite moyenne ou interne de celle occasionnée par un abcès du cerveau ou par une thrombose du sinus. Le pronostic de la méningite labyrinthique est relativement bon. Dans les méningites dues à la thrombose du sinus ou à l'abcès du cervelet, il faut découvrir très largement la dure-mère et vider les foyers suppurés aussi bien que possible. Quand le cas est désespéré, tout essai de thérapeutique est permis même la ponction du ventricule latéral. Un vaccin efficace n'est pas encore trouvé.

JANSEN ne voit pas quel avantage un petit peruis foré dans le

labyrinthe pourrait avoir dans le drainage d'une méningite. De même l'ouverture large de la dure-mère ne lui paraît pas donner des résultats favorables. Jusqu'à présent, la suppression de la cause de la méningite a donné encore les résultats les plus sûrs.

Neumann rappelle ses recherches sur la bactériologie et l'histologie de la méningite. Il a vu la méningite 47 fois après l'otite moyenne suppurée et 9 fois après l'otite aiguë. Dans 43 cas, il s'agissait d'une infection monobacillaire. L'infection polybacillaire a été surtout rencontrée dans les cas d'abcès et d'autres complications. L'impression clinique ne suffit pas pour faire le diagnostic, il faut que la ponction lombaire, les constatations locales et l'impression clinique concordent. Si la réaction lactique est positive et la recherche du sucre négative, nous avons affaire à un cas de méningite avancé. La mort dans la méningite n'est pas due à l'invasion du liquide par les bactéries mais est due aux altérations du cerveau et à la suppression des fonctions importantes de la vie. Des cas de méningite sans labyrinthite, sans sinusite ou sans abcès cérébral sont rares. Pour le traitement de la méningite, il faut d'abord supprimer le foyer primaire et ensuite diminuer d'une façon efficace la tension des tissus et la pression endo-cranienne. Neumann considère l'établissement d'un petit trou de drainage, comme le recommande West, comme inutile. La ponction lombaire est sans aucun danger. Il faut faire la ponction lombaire, car sans elle il faudra attendre souvent jusqu'après la mort pour faire un bon diagnostic.

BLEGVAD (Copenhague). — **L'anesthésie locale du tympan.** — A la place du liquide de Bonain qui occasionne de la nécrose du tympan, Blegvad propose la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	{ aa 1 partie
Acide salicylique.....	
Alcool absolu.....	
	2 parties

A cette solution on peut ajouter un peu d'adrénaline avant de s'en servir. Voici la technique : un petit tampon de coton est imbibé de la solution et d'une goutte d'adrénaline et appliqué contre le tympan. Ensuite on laisse couler une dizaine de gouttes dans le conduit externe et on couche le malade sur l'oreille saine ; 20 minutes après, l'anesthésie est obtenue. Il ne peut être question ni de nécrose, ni d'intoxication. De plus, cette solution a une action désinfectante ce qui influe favorablement sur l'évolution de l'otite.

La même solution peut être employée pour l'extraction des polypes et l'incision des furoncles du conduit.

WALKER WOOD. — **Sur l'examen de la trompe d'Eustache.** — L'auteur a examiné la trompe d'Eustache de 1000 malades avec le pharyngoscope de Holmes. Cette communication préliminaire ne donne pas plus de détails.

M. MIGNON (Nice). — **Quelques remarques sur les pansements mastoïdiens.** — Les suites des opérations mastoïdiennes sont réduites au minimum si l'on adopte pour chaque cas la méthode opératoire et la méthode de pansement qui convient.

Le pansement comporte au point de vue technique une partie *interne* et une partie *externe* : la première a fait l'objet de travaux nombreux dont les conclusions, souvent trop absolues, ont permis, par un éclectisme bien compris, d'obtenir de bons résultats ; la seconde, considérée avec raison comme moins importante, mérite cependant de retenir l'attention et peut faire l'objet de quelques perfectionnements. On peut simplifier la partie externe du pansement, tout en se conformant aux conditions désirables : bonne protection de la plaie, pansement léger et facile à changer, aspect esthétique satisfaisant pour le malade. L'emploi des bandes n'étant généralement nécessaire que pendant les premiers jours, celles-ci peuvent être remplacées par différents moyens : Gaze imprégnée de collodion, étoffe caoutchoutée, pièce prothétique. Mignon conseille l'emploi d'un petit appareil en aluminium, *couvre-mastoïde* ayant la forme de la région avec un prolongement en croissant, qui permet à la partie externe du pansement de tenir très facilement sur place, tout en réalisant les conditions imposées par la chirurgie et les avantages recherchés par le malade. Naturellement ce mode de pansement entraîne quelques détails de technique qui ne peuvent être résumés et que le chirurgien modifiera selon le cas.

NÉCROLOGIE.

A. FASANO

Adolfo Fasano, âgé de 57 ans « martyr du travail et du devoir » a succombé à Naples, le 16 août 1913. Libre docent de Laryngologie dès 1884, vice-président de la société italienne de Laryngologie Otologie et Rhinologie en 1900, il porta son activité sur l'hygiène, la bactériologie, la médecine générale, et entre temps fit de nombreuses publications rhino-laryngologiques.

F. EGIDI

Francesco Egidi est mort à Rome le 11 juillet 1913, à l'âge de 62 ans. Fils d'un célèbre chirurgien romain, il commença dès 1883 à exercer la spécialité oto-rhino-laryngologique. Le premier en Italie, il eut, dit Massei, le courage et la perspicacité de pratiquer, dès 1889, l'intubation du larynx dans le croup, et devint l'apôtre des découvertes de O. Dwyer. Il perfectionna et simplifia l'instrumentation du tubage laryngé, et imagina un « dilatateur » précieux. Ultérieurement, il consacra ses travaux à l'étude des sténoses laryngées. On gardera, en pensant à son œuvre, le souvenir d'un travailleur tenace et avant tout d'un honnête homme.

H. EDELMANN

Le célèbre physicien Th. Edelmann, de Munich, est mort le 29 avril 1913, à l'âge de 69 ans, par artériosclérose. L'Otologie, qui doit tant à ses travaux, ressentira profondément sa perte. Sur l'invitation et avec la collaboration de Bezold, il étudia la série continue des sons et créa une instrumentation délicate et pratique permettant de mesurer le pouvoir quantitatif de l'audition pour chaque son déterminé. On lui doit, en particulier, les perfectionnements du sifflet de Galton, le principe des diapasons dépourvus d'harmoniques élevées, et enfin la construction d'une sirène normale. Ses compatriotes se plaisaient à vanter son aménité, son humeur joyeuse, et le charme personnel du maître rehaussait encore le prestige de ses remarquables travaux.

ADDENDUM : Nous donnons ci-dessous la photographie omise, par erreur, de l'appareil se rapportant au mémoire de M. Robert Foy (8^e livraison.)



NOUVELLES

NOUVELLES DIVERSES.

On annonce la mort du P^r BURKNER (de Göttingen) à l'âge de 62 ans.

Le D^r ERNST. L. SHURLY de Detroit (Michigan) est mort le 10 mai 1913 à l'âge de 67 ans.

Un nouveau journal de Phonétique vient de paraître à Berlin à la

librairie S. Karger. Il a pour titre : « *Archiv. für experimentelle und Klinische Phonetik* » ; son directeur est le professeur Katzenstein.

Dans le Jubiläums-Spital récemment construit à Vienne se trouve un service d'oto-rhino-laryngologie remarquablement installé et renfermant soixante lits. La direction est confiée au Dr Otto Mayer.

Nous lisons dans le *Bollettino del Malattie del orecchio* :

Fêtes Eustachiennes. (14-16 Septembre). — Les honneurs rendus par S. Severino à l'illustre Eustachi à l'occasion du IV^e Centenaire de sa naissance ont été dignes de ce grand anatomiste. Nombreuses y concoururent les personnalités du monde scientifique. On inaugura sur la place de la Municipalité un buste en bronze. Reproduction de l'admirable marbre d'Hercule Rosa, dû à la générosité du Marquis Lugi. Une plaquette artistique fut donnée par le Comité de Milan et présentée par le professeur T. Della Vedova. Une stèle fut également inaugurée dans l'hôpital de S. Severino. Au Théâtre Pæronia, un discours officiel fut prononcé par le Professeur G. Romiti.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

THOMAS CEVUTTI : Miasis del oído. La Sarcophaga Nurus, nueva musca productora de miasis. Extrait de : *Revista medica del Rosario*. Sept. 1913. Grafico Welfling et C^{ie} Général Mire 743 Rosario de Santa-Fé, 1913.

CHARÉGIEUX : *Les préjugés en art dentaire*, Maloine, éditeur. Paris, 1913.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : **LABORATOIRES DUMOUTHIER**

PARIS — 11, Rue de Bourgogne — PARIS



OUATAPLASME

du Docteur **ED. LANGLEBERT**

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

